



**UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANO LETIVO 2016/2017

**Autores: Francisca Julieta da Graça Alves, Nº 3787
Jakeline Filomena Lopes d`Almeida Santos, Nº 3802**

Mindelo, 2017

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo, como parte dos requisitos, para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Discentes:

Francisca Julieta da Graça Alves

Jakeline Filomena Lopes d'Almeida Santos

A Assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes

Orientadora:

Enfermeira Jerícia Cristina Lopes Duarte

Mindelo, 2017

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos filhos: Márcia Eduarda e Miguel Jorge, aos nossos maridos: Michel Daniel e António Jorge, que estiveram sempre do nosso lado, durante toda essa longa jornada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, por nos ter concebido a vida e a saúde, para que o nosso trabalho fosse uma realidade.

Aos nossos familiares e amigos, que de uma forma ou d`outra, nos apoiaram.

Ao nosso grupo “Talho”, pelo empenho, dedicação e persistência, durante todo esse percurso.

Um especial agradecimento, à Dra Edna Silva, por nos ter levantado, no momento em que as forças já nos faltavam.

À nossa orientadora, Jerícia Duarte, por nos ter apoiado e auxiliado na realização deste trabalho.

Às nossas queridas amigas, Carla do Rosário e Suzilene Rocha, pelo apoio e carinho demonstrado.

À diretora do HRJM, Dra Rosa, e todos os funcionários da maternidade, pela paciência e disponibilidade, durante a recolha de informações.

Às nossas amáveis puérperas, por terem partilhado connosco as suas vivências e, que sem elas, não seria possível alcançarmos os nossos objetivos.

Muito obrigado, aos nossos colegas do curso, pelo companheirismo, durante todo esse percurso, e ao nosso eterno colega, Eduardo Alves, que infelizmente, não conseguiu nos acompanhar até ao fim dessa caminhada, UM ETERNO DESCANSO.

UM MUITO OBRIGADO À TODOS.

EPÍGRAFE

“Para mudar o mundo é preciso, antes, mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent, 1994)

Índice	
Introdução	1
Justificativa e Problemática	2
CAPÍTULO I - ESTADO DA ARTE.....	8
1.Fundamentação Teórica.....	9
1.1.Anatomia e fisiologia da reprodução	9
1.2.A Gravidez.....	10
1.2.1. Principais complicações da gravidez	11
1.2.2. Cuidados de enfermagem na gravidez	11
1.3.Trabalho de parto (TP)	12
1.3.1. Mecanismos do Trabalho de Parto.....	14
1.3.2. Estádios do TP	14
1.3.3. A Dor do trabalho de parto e parto	16
1.4.O Parto.....	17
1.4.1. Tipos de Partos.....	18
1.4.2. Cuidados de Enfermagem durante o trabalho de parto e parto.....	19
1.5.Humanização dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto e parto.....	21
1.5.1. O Acompanhante durante o Trabalho de Parto e Parto.....	24
1.5.2. Função do enfermeiro na humanização do trabalho de parto e parto	25
1.5.3. A atenção humanizada à mulher e ao Recém-Nascido (RN) no Hospital Regional João Moraes (HRJM)	26
1.6.Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC).....	28
CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA	31
2.Fundamentação Metodológica.....	32
2.1.Tipo de Metodologia	32
2.2.Instrumento de Colheita de informações	33
2.3.Descrição do Campo empírico	33
2.4.População Alvo do estudo	34
2.5.Procedimentos éticos	34
CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA	36

3.Análise e interpretação dos resultados.....	37
3.1.Apresentação da análise e interpretação dos resultados	39
3.2.Conclusão da análise dos resultados.....	54
4.Considerações finais	56
Sugestões	56
5.Referências Bibliográficas.....	57
6.Anexos	61
7.Apêndices	63

Índice de quadros

Quadro 1 - Dados relativamente aos partos normais e cesarianas no HRJM.....	6
Quadro 2 – Dados da mortalidade materna e infantil de 2010 a 2016 no HRJM.....	6
Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções de enfermagem-NIC	28
Quadro 4 - Categorias e subcategorias das entrevistas.....	37
Quadro 5- Caraterização das entrevistadas.....	38

Resumo

O presente trabalho, intitula-se a assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes e pretende-se demonstrar a importância da humanização dos cuidados prestados, durante o trabalho de parto e parto, uma vez que, é uma prática, que vem sendo implementado nos últimos anos, no Hospital Regional João Moraes, no intuito de se tornar uma instituição de referência, a nível dos cuidados prestados, durante o período de gestação ao puerpério. A motivação pela escolha do tema surgiu, portanto, da necessidade de compreender e promover esta prática, uma vez, que é um tema pertinente, que envolve a gestação e o nascimento que são vivências do dia-a-dia, onde precisa ser dada uma atenção especial e ainda, com a finalidade de aumentar os conhecimentos, visto que é um tema, pouco explorado nesse meio. O índice elevado de cesarianas, as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal, as violências obstétricas, geram inúmeras preocupações mundiais, e requerem soluções urgentes, para a melhoria da assistência prestada. O estudo do referido tema, tem como objetivo geral: analisar a importância da implementação da Assistência Humanizada da enfermagem, no trabalho de parto e parto, no serviço de maternidade, do Hospital Regional João Moraes. Para a elaboração do trabalho, optou-se, por um estudo do tipo qualitativo com abordagem descritiva, exploratória e fenomenológica, realizado no período, de abril a junho de 2017, à um grupo de oito puérperas do serviço da maternidade, do Hospital Regional João Moraes. Os resultados do estudo comprovam a importância atribuída a Assistência Humanizada da Enfermagem, durante o trabalho de parto e o parto no Hospital Regional João Moraes, traduzindo numa estratégia de desenvolvimento, onde é dado uma atenção especial a mulher e a criança. Percebe-se ainda que, os enfermeiros da maternidade do Hospital Regional João Moraes, estão preparados, para lidar com a parturiente de forma holística, humanizada e envolvendo-as no processo do cuidar. Constata-se, ainda que, se deve trabalhar vários aspectos relacionados à comunicação, para que todas as parturientes possam perceber a verdadeira importância dessa assistência e o motivo de cada procedimento, a que são submetidas.

Palavras-chave: Humanização; Humanização da Assistência ao parto; Humanização do trabalho de parto; Trabalho de Parto e Parto.

Abstract

This work, entitled the humanized nursing Assistance during labour and delivery in the maternity service Hospital Regional João Morais and is intended to demonstrate the importance of humanization of care during labour and delivery, once, is a practice, which has been implemented in recent years, in Hospital Regional João Morais, in order to become an institution of reference, the level of care during pregnancy to puerperium. The motivation for the choice of the theme came up, therefore, of the need to understand and promote this practice once, which is a relevant theme, involving pregnancy and birth are experiences of everyday life, where you need to be given special attention and yet, with the finalidade to increase our knowledge, since it is a theme, little explored in our midst. The high content of Cesarean sections, the high rates of maternal and neonatal mortality, obstetric violence generate numerous global concerns, and require urgent solutions for the improvement of the assistance. The study of that subject, aims to: analyse the importance of the implementation of Humanized nursing Assistance in the labour and delivery in the maternity service, Hospital Regional João Morais. For the preparation of the work, we opted for a qualitative study with descriptive, exploratory and phenomenological approach, carried out in the period from April to June 2017, to a group of eight recent mothers maternity service, Hospital Regional João Morais. The results of the study show the importance assigned to Humanized nursing Assistance, during labour and delivery in Hospital Regional João Morais, translating into a strategy of development, where special attention is given to woman and child. Notice that, the Hospital Regional João Morais maternity nurse, are prepared to deal with the mother of holistic, humane and involving them in the process of care. There is, though, whether to work several aspects related to communication, so that all women can realize the true importance of this assistance and the reason for each procedure, to which they are subjected.

Keywords: Humanization; Humanization of childbirth Assistance; Humanization of labor; Labour and delivery.

Lista de siglas e abreviaturas

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

OMS: Organização Mundial de Saúde

MS: Ministério de Saúde

HRJM: Hospital Regional João Moraes

TP: Trabalho de parto

AHE: Assistência Humanizada de Enfermagem

RN: Recém-Nascido

FEC: Fundação Fé e Cooperação

ESEFM: Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias

ODM: Objetivo do Desenvolvimento do Milénio

PNDS: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

ONU: Organização das Nações Unidas

MNFs: Métodos não farmacológicos

Nº: Número

cm: centímetros

Introdução

O presente trabalho, cujo tema a assistência humanizada da enfermagem, durante o trabalho de parto e parto, no serviço da maternidade, do Hospital Regional João Morais enquadra-se no âmbito, da aquisição do grau de licenciatura em enfermagem, lecionada pela Universidade do Mindelo. Pretende-se através do tema, aprofundar os conhecimentos sobre o mesmo.

A humanização do parto, propõe-se uma assistência centrada primeiramente, na parturiente, posteriormente na família e pessoas envolvidas, utilizando uma tecnologia apropriada e qualificada à situação, baseada nisso, é de extrema relevância, demonstrar a importância dos profissionais de saúde nessa implementação.

A escolha do tema, surge, portanto, do interesse de compreender e promover esta prática, uma vez que, trará vários benefícios à instituição envolvida, e por ser um tema pertinente, que envolve a gestação e o nascimento, que são vivências do dia-a-dia, e requer uma atenção especial, para que a chegada de um filho, seja um momento de alegria e bem-estar.

Outro aspeto não menos importante, que reforçou a escolha é a vontade de aumentar os conhecimentos acerca do tema, para que os profissionais de saúde envolvidos, consigam dar os seus contributos, para melhorar a qualidade da assistência à gestante, durante o trabalho de parto e parto.

O trabalho está estruturado em três capítulos: no primeiro capítulo retrata-se, pois, a fundamentação teórica ou estado de arte, onde foi-se aprofundado o tema em estudo, nomeadamente a definição das palavras-chave, para uma melhor compreensão do tema. No segundo capítulo, realça-se, portanto, a metodologia, que melhor se adequa aos objetivos pretendidos, onde é apresentado o tipo de estudo; instrumentos de recolha de informações; descrição do campo empírico; população alvo do estudo e aspetos éticos. No terceiro e último capítulo, aborda-se a fase empírica, a análise e interpretação das informações recolhidas, as considerações finais da investigação, as sugestões, as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

Para a realização deste trabalho, utilizou-se a norma de redação e formatação da Universidade do Mindelo e o novo acordo ortográfico.

Justificativa e Problemática

Recentemente, vêm-se falando em assistência humanizada, durante o trabalho de parto e do parto, que em algumas regiões tem-se demonstrado eficiente, para a promoção da qualidade da assistência à mulher, no momento singular, que é o trabalho do parto e o parto. É neste contexto, que surge esta inquietação e daí a escolha do tema, por ser uma prática recente no Hospital Regional João Morais (HRJM), ainda pouco evidenciada em Cabo Verde, no intuito de compreender e promover esta prática, para que seja um hospital promotora da saúde da mulher e de referência a nível dos cuidados prestados, durante o período de gestação ao puerpério, o qual necessita de uma atenção especial por parte dos envolventes, para uma melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Também, o que reforçou a escolha da temática, foi o facto de, recentemente o HRJM ter seis profissionais, que participaram numa formação sobre “a Atenção Humanizada à Mulher e ao Recém-nascido” e ter recebido a placa “Hospital Amigo da Criança”, com isso, houve a necessidade de se tornar “Hospital Amigo da Mulher” uma vez que, são partes constituintes e não se podem andar separados. Também, a ambição de ser um Hospital de Referência e de excelência nos cuidados prestados, durante o Trabalho de Parto (TP) e Parto (P), e ainda, não menos importante, a vontade de ampliar os conhecimentos sobre o tema, com a finalidade de melhorar, cada vez mais, a qualidade na assistência prestada.

Outros aspetos importantes, para a escolha do tema, foi o índice elevado de cesarianas, as elevadas taxas de mortalidade materna e neonatal e as violências obstétricas durante o TP e P constituindo assim, um grave problema mundial.

Desde os tempos remotos, a mulher tinha como papel fundamental, a reprodução, a educação dos filhos, assim como, as tarefas domésticas, deixando, para o homem a função de chefe de família, onde cabia arranjar recursos, para a sustentabilidade da família. Com isso, as mulheres, eram submissas aos homens e as gravidezes eram constantes, assim, com os fracos recursos e os poucos conhecimentos, as mulheres contavam com o apoio de outras mulheres no momento do parto, mulheres essas, que eram conhecidas como parteiras leigas (Tanaka,1995).

Devido a falta de conhecimentos e recursos, havia um grande número de óbitos neonatais e maternas, mas a partir do século XX, com o avanço dos tempos e com o surgimento de novas tecnologias, sentiu-se a necessidade de combater esse flagelo e com isso surge a institucionalização do parto, que apesar de ter trazido benefícios para a

segurança da mãe e do bebê, diminuiu significativamente as elevadas taxas de mortalidade neonatais e maternas, mas, surge novos problemas. Todavia com a institucionalização, as mulheres sentiram-se os seus direitos violados e a falta de atenção e informação, fizeram com que, ficassem cada vez mais frágeis e afetadas (Ministério da Saúde Brasil, 2001).

Gonzalez et al (2012, p. 311) advoga que, “no século XX, com o avanço da tecnologia, o parto passou a ser institucionalizado e medicalizado, adotando-se um modelo tecnicista de assistência, o qual tem como característica inúmeras intervenções sobre o corpo da grávida, passando de evento fisiológico à patológico”.

Com o surgimento da cesariana, muitas mulheres começaram a optar por esta prática, temendo a dor e desconhecendo os riscos, que dela proveem e ainda, outras foram submetidas a ela sem critérios clínicos, aumentando assim, as complicações e os riscos.

Desde então, até os dias atuais, “acredita que o parto normal perdeu espaço para as cesarianas o que aumenta o risco da mortalidade materna e fetal, o risco de infecções e hemorragias e ainda a mulher perde o direito de apreciar este momento tão especial e único na vida” (Silva et al, 2011, p. 8).

Segundo, o Ministério de Saúde (MS) do Brasil (2001, p. 34):

“a elevação das taxas de utilização da cesariana para a resolução do parto é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais genericamente no Continente americano e mais especificamente, no Brasil, onde chega a ser considerado epidêmica. Situações semelhantes enfrentaram ou têm enfrentado outros países como Porto Rico, Estados Unidos, Canadá e Itália, além de alguns outros europeus e latinoamericanos, que apresentam as maiores taxas da cesárea depois do Brasil, todas superiores ao nível máximo de 15% teoricamente recomendado pela Organização Mundial da Saúde”.

Conforme Reis et al (2011, p. 237) “em 2007, foram realizadas 35.778 cesarianas em Portugal e 1.333.136 no Brasil, correspondendo a 35,4% dos partos ocorridos em Portugal e a 47,4% dos nascidos vivos brasileiros”.

De acordo com David e Xavier (2011), anualmente em todo o mundo, morrem cerca de 585.000 mulheres por complicações durante à gravidez e parto, o que corresponde a 1.600 mulheres diariamente, e 90% dessas mortes ocorrem nos países em desenvolvimento.

Nos países em desenvolvimento, a taxa de mortalidade materna, varia entre 190 por 100 000 nados vivos na América Latina e Caraíbas e 870 por 100 000 nados vivos em África. Enquanto que, na África ocidental e Oriental, essa taxa ascende para mais de 1000 por 100 000 nados vivos. Sabe-se que, pelo menos 7 milhões das mulheres, que resistiram ao parto, sofrem de doenças graves e mais de 50 milhões, ficam com sequelas. É de realçar que,

a maioria desses problemas, acontecem nos países em desenvolvimento (Organização Mundial da Saúde, 2005).

É notável que, há uma grande desigualdade entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento, em relação a mortalidade materna. Enquanto que, nos países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, apresentam valores inferiores a 11 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, no Brasil, dados oficiais, apontam 74.5 óbitos maternos para 100.000 nascidos vivos, nos países, como Bolívia e Peru, chegam a mais de 200 óbitos e Haiti tem uma razão de mortalidade materna de 670 óbitos maternos por 100 mil Nascidos Vivos. Ainda, é de referir que, em toda a América Latina, cerca de 15 mil mulheres morrem por ano, devido a complicações na gravidez, no parto ou no puerpério (Soares et al., 2010).

Nota-se que, a cesariana sem critérios justificáveis, contribui para a elevação da taxa da morbimortalidade materna e infantil, indo de encontro, à integridade física da mulher e do recém-nascido (RN) e por isso, o seu uso deve ser limitado e feito realmente quando for necessário. O Brasil constitui o país com o maior número de partos cirúrgicos, o que requer uma reflexão urgente para devolver à mulher o protagonismo do parto (Malheiros et al, 2012).

As elevadas taxas de cesarianas, as mortes materno-infantis e as complicações, durante a gravidez, são grandes preocupações a nível mundial, e por isso, tem-se constantemente arranjando esforços coletivos para diminuir esses problemas.

Segundo, a Fundação Fé e Cooperação (FEC) e Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM) (2016, p.4) “a saúde materno-infantil constitui um dos principais indicadores de desenvolvimento e de qualidade das populações, tendo consequências directas nas gerações futuras”.

É neste sentido que, a Organização das Nações Unidas (ONU), definiu oito (8) Objetivos do Desenvolvimento Milénio (ODM) de 2000 a 2015, dos quais, destacam-se o quarto objetivo que visa: Reduzir a Mortalidade Infantil em menores de 5 anos e o quinto objetivo que visa: Melhorar a Saúde Materna, objetivos esses, que apontam para uma redução de dois terços a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos a nível global e a redução em três quartos a taxa de mortalidade materna (Relatório dos ODM, 2015).

A OMS (2006, p. 5) salienta ainda que:

“as mortes neonatais, estimadas em cerca de 4 milhões anualmente, actualmente perfazem 36% das mortes mundiais no grupo etário dos 0 aos 5 anos. O 4º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio (MDG-4), relativo à sobrevivência

infantil, estipula uma redução de 2/3 das mortes de crianças com idade inferior a 5 anos, de 95 por 1000 em 1990 para 31 por 1000 em 2015. Visto que a actual mortalidade neonatal global é estimada em 31 por 1000 nados vivos, uma grande redução das mortes neonatais será necessária para realizar o 4º Objectivo de Desenvolvimento do Milénio. A redução das mortes neonatais deve constituir uma grande prioridade de saúde pública”.

É de realçar que, segundo estudos feitos em todo o mundo, mais de 20.000 crianças abaixo dos 5 anos, morrem por dia, devido a causas que na maioria das vezes poderiam ser evitadas. Enumeram-se como principais causas de morte neonatal, as pneumonias, a prematuridade, o baixo peso ao nascer, a asfixia e as sepses neonatal (Kaloko ,2013).

De acordo com o Relatório, ODM Cabo Verde 2015 (2015, p.50) “em 2014, 95,6% dos partos, foram assistidos por profissionais de saúde qualificados, o que implica um aumento de 21,2 pontos percentuais em relação aos partos realizados em 2007, significando que esta meta foi realizada.

Esses ganhos foram alcançados, devido a melhoria dos serviços de saúde nas zonas rurais, também é de referir que, em 1998 somente 36% dos partos, foram auxiliados por profissionais qualificados, enquanto que, em 2005, houve um aumento para 63,5%. É de salientar que, os partos não complicados, foram realizados em alguns Centros de Saúde Relatório (ODM Cabo Verde, 2015).

De acordo com o Ministério de Saúde Cabo Verde - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), (2008), “os dados do Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2006, indicam uma taxa de mortalidade infantil ainda elevada, de 24,9‰ nados vivos, com uma contribuição importante da mortalidade neonatal precoce de 12,2‰ nados vivos. A mortalidade perinatal é igualmente elevada, atingido 29,5‰ nascimentos”.

Os principais motivos da mortalidade em menores de 5 anos são: as afeções perinatais (46,2‰), as doenças infecciosas e parasitárias (18,4 ‰), os traumatismos (6,7‰) as afeções respiratórias (9,1‰) e as deformidades congénitas com 5,6‰, integrando assim uma taxa de 28,7‰ nados vivos (MSCV - PNDS, 2008).

O relatório ODM Cabo Verde (2015, p. 51) diz que:

“ainda em matéria de resultado aponta-se para a taxa de mortalidade materna que evoluiu positivamente no período 1994-2014, registando uma redução de 86,5%, acima dos $\frac{3}{4}$ exigidos para 2015. O número absoluto de óbito materno vem oscilando entre 1-2 por ano até um máximo de 4-5, o que condiciona o comportamento deste indicador nos últimos anos”.

Ainda, no Relatório ODM Cabo Verde 2015 (2015, p. 42) consta que, no período compreendido, entre 1990 e 2014, “a mortalidade de crianças menores de cinco anos teve uma redução de 59,8% (de uma taxa de 56‰ nascidos vivos para 22,5‰), e a taxa de mortalidade infantil de 51,6% (de uma taxa de 42‰ nascidos vivos para 20,3‰)”.

Essa melhoria, deve-se ao aumento da qualidade na prestação de cuidados e das infraestruturas de saúde, melhoria da cobertura vacinal, diminuição da taxa de analfabetismo principalmente em mulheres, melhoria do estado nutricional das crianças, melhoria no acesso a água potável e saneamento e melhorias notáveis das condições de vida de uma forma geral Relatório (ODM Cabo Verde, 2015).

No quadro abaixo descrito, mostra-se a evolução do número de partos, entre 2010 a 2016, no HRJM, dados, que foram disponibilizados, pelo serviço estatístico do mesmo.

Quadro 1 - Dados relativamente aos partos normais e cesarianas no HRJM

Partos Normal/Cesariana							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Normal	268	296	268	272	274	431	276
Cesariana	-	104	79	70	108	125	109
Total	268	400	347	342	382	556	385

Fonte: Elaboração própria- Departamento de estatística do HRJM

No quadro, somam um total de 2680 partos de entre os quais, 2085 foram realizadas por parto normal enquanto que, os restantes 595 foram realizados por cesariana, o que corresponde a 22,2%. Nota-se que, no ano 2010 não se registaram cesarianas, uma vez que nesse ano, o bloco operatório encontrava-se fechado em remodelação. É de ressaltar que, no ano 2015 houve um aumento do número de partos enquanto que, nos restantes anos os números mantiveram-se no mesmo patamar, nos anos 2012 e 2013, mostram-se uma redução do número de cesarianas enquanto que, os restantes anos o número manteve, demonstrando um ligeiro aumento no ano de 2015 visto que, nesse ano o número de partos foi maior.

No HRJM os dados também refletem uma significativa redução do número de mortalidade materna e infantil com o decorrer dos anos, explanados no quadro que se segue:

Quadro 2 – Dados da Mortalidade Materna e infantil de 2010 a 2016 no HRJM

Mortalidade Materna e Infantil 2010 à 2016							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Materna	0	0	0	0	0	0	0
Infantil	9	9	7	2	6	0	1
Total	9	9	7	2	6	0	1

Fonte: Elaboração própria- Departamento de estatística do HRJM

O quadro acima referido, mostra que, nos anos 2010 e 2011 houve 668 nados vivos de entre os quais, 18 faleceram, no ano 2012 houve 347 nados vivos e 7 faleceram e entre os anos 2013 a 2016 nota-se, uma considerável diminuição dos números de mortes neonatais, com exceção do ano de 2014 que num total de 382 nados vivos faleceram 6, tendo como principais causas: a prematuridade e as afeções perinatais.

E foi, devido as elevadas taxas de morbimortalidade materna, neonatal e a utilização de práticas que culminam com a institucionalização do parto, que alguns estudiosos, vendo essas preocupações e para que o momento do parto e do nascimento de um filho seja um momento único e especial, surge a humanização do parto, onde devolve a mulher o protagonismo do parto e cria soluções, para trazer algum conforto e segurança, durante este momento.

Tendo em conta a problemática acima exposta surge os seguintes objetivos:

Objetivo geral

➤ Analisar a importância da implementação da Assistência Humanizada da enfermagem, no trabalho de parto e parto no serviço de maternidade, do Hospital Regional João Morais.

Objetivos específicos

➤ Identificar a percepção das puérperas do serviço de maternidade do Hospital Regional João Morais sobre a assistência humanizada, durante o trabalho de parto e parto;

➤ Verificar a satisfação das puérperas do serviço de maternidade do Hospital Regional João Morais acerca da assistência humanizada da enfermagem, durante o trabalho de parto e parto;

➤ Descrever a importância de ter um acompanhante a sua escolha, durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade, do Hospital Regional João Morais;

➤ Identificar na perspectiva das parturientes, a importância e as vantagens da assistência humanizada nas ações da enfermagem, na Sala de Parto da maternidade, do Hospital Regional João Morais.

CAPÍTULO I - ESTADO DA ARTE

1. Fundamentação Teórica

O estado da arte, ou fase conceptual, é uma parte importante em qualquer trabalho científico, uma vez que, se refere ao processo de formulação, ordenação e documentação de ideias acerca de um determinado assunto. É nessa fase, que se aprofunda os conceitos importantes, que de uma forma geral descodifica, o que se pretende com a realização do presente estudo. Não se pode falar da reprodução humana, sem explicar um pouco sobre a anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino (**Anexo I**).

1.1. Anatomia e fisiologia da reprodução

O corpo humano é um sistema complexo, cheio de virtudes e segredos, e o processo da reprodução por si só, não deixa nada a desejar na sua complexidade. O aparelho reprodutor masculino na perspectiva de Vilelas (2009), compreende os seguintes órgãos: Testículos ou gônadas, Vias espermáticas (epidídimo, canal deferente, uretra), Pênis, Escroto, Glândulas anexas (próstata, vesículas seminais, glândulas bulbouretrais).

De acordo com Seeley et al (2005, p. 1044), “o sistema genital feminino é constituído por órgãos genitais externos e internos. Os órgãos do aparelho sexual e reprodutor feminino são os ovários, as trompas uterinas, o útero, a vagina, os órgãos genitais externos (ou vulva) e as mamas”.

Para Machado (2012), os órgãos reprodutores externos são: Monte de Vênus; Grandes lábios; Pequenos lábios; Clitóris; Vestíbulo Vaginal; Meato Urinário; Introito Vaginal; Hímen e Glândulas de Bartholin e os órgãos reprodutores internos, que estão contidos na cavidade pélvica, e compreendem o útero e a vagina no centro, um ovário e uma tuba de Falópio de cada lado juntamente com seus vários ligamentos, vasos sanguíneos, suprimento linfático, nervos e uma certa quantidade de tecido adiposo e conjuntivo.

Machado (2012, p. 12), ainda acrescenta, que “as mamas têm relação funcional íntima com os órgãos reprodutivos e podem ser encarados como glândulas acessórias do sistema reprodutor. Sua função é secretar, na parturiente, o alimento necessário para a criança durante os primeiros meses de vida”.

A fisiologia da reprodução humana, inicia-se num envolvimento íntimo, entre um homem e uma mulher, numa troca de experiências e sensações, que culminam no ato sexual, onde o espermatozoide é expelido na vagina da mulher dando assim, o início de longo ciclo.

Segundo, FEC e ESESFM (2016) o processo da reprodução, inicia-se com a libertação de um óvulo por um dos ovários da mulher, em que os espermatozoides, durante o ato sexual são expelidos na vagina, passam para a cavidade uterina na presença do muco cervical e avançam para as trompas a procura do óvulo, onde ocorre a fertilização e transforma-se em ovo, ou zigoto, inicia-se a divisão celular e o ovo desloca-se para a cavidade uterina onde se dá a implantação na parede do útero entre o 5º e o 9º dia, esse processo dá-se o nome de nidação, ou fase de implementação do blastocisto e a partir daí, inicia-se o desenvolvimento embrionário, após a 8ª semana o bebé deixa de ser chamado embrião e passa a chamar-se feto e também nessa fase, os ossos já estão formados e com 12 semanas o bebé já possui todas as estruturas formadas, mesmo que, ainda são pouco visíveis, até mesmo os órgãos sexuais, com 32 semanas todas as partes já estão visíveis e entre os 37 a 41 semanas o bebé está pronto para nascer. A placenta, é o órgão responsável pelas principais trocas, entre a mãe e o feto, durante toda a gestação.

1.2. A Gravidez

Na maioria das vezes, a gravidez, inicia-se do fruto de um relacionamento afetuosos de dois corpos (homem e mulher), proporcionando o encontro de duas células, que se multiplicam e o novo ser começa a ser gerado no ventre da mulher. Começam a surgir mudanças corporais, como aumento do tamanho dos seios, o paladar, que pode desejar ou rejeitar alguns alimentos, a mulher pode tornar-se mais sensível, devido uma ação hormonal, que faz com que ela ri, ou chora por qualquer motivo.

Para o MS Brasil (2001, p. 9)

”a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam”.

De acordo com FEC e ESESFM, (2016, p. 67) “a gravidez define como o intervalo de tempo desde a concepção ao início do trabalho de parto”. A gravidez em geral, tem uma duração de 37 a 42 semanas e durante esse período, a mulher se prepara, tanto físico, como

psicológico e emocional, para o TP e o P, durante esse período, a mulher, torna-se mais adulta, devido a sua condição, uma vez que é uma fase de muitas mudanças e aprendizagens, tanto para os pais, como para os familiares (Lowdermilk e Perry, 2008).

1.2.1. Principais complicações da gravidez

Durante a gravidez, podem surgir vários tipos de complicações, que podem comprometer a saúde da mãe e também a saúde da mãe e do bebê, complicações essas, que podem pôr em perigo, a vida da mãe e do bebê e, para tal, o profissional deve estar atento e identificá-las o mais precoce possível, para evitar o mínimo de danos.

Para a FEC e ESESFM (2016, p. 95), as complicações que acometem a mãe são: “Hipertensão Arterial; Pré-eclâmpsia /Eclâmpsia; Diabetes associadas à gravidez e a Coagulação intravascular disseminada”. Ainda, segundo FEC e ESESFM (2016, p. 65), as complicações que acometem a mãe e o filho são: “Aborto; Gravidez ectópica; Placenta prévia; Parto pré-termo; Ruptura prematura de membranas; Atraso de crescimento; Gravidez múltiplas; Infecologia na gravidez e Iso-imunização RH”.

Bobak et al (1999), enumera as três principais causas da mortalidade materna, nos últimos 35 anos que são: a hipertensão, a infecção e a hemorragia, considerando-as capazes de ser preveníveis, quando se procura os serviços de saúde nas consultas de pré-natais.

Ainda, os mesmos autores, sublinham, que as enfermeiras devem ter um papel importante na educação para a saúde pública, prestando cuidados durante a gravidez, devendo ser iniciadas o mais precoce possível e serem feitas periodicamente (Bobak et al, 1999).

1.2.2. Cuidados de enfermagem na gravidez

Tendo em conta que, a gravidez, é uma etapa da vida da mulher em que ela passa por inúmeras transformações, tanto a nível psíquico, comportamental e corporal, é importante, que o enfermeiro se faça presente, dando-a um acompanhamento e prestando cuidados personalizados, na qual a mulher necessita.

Para FEC e ESESFM (2016), os cuidados de enfermagem na gravidez visam:

- identificar e vigiar a mulher grávida e o bebê;

- explicar a importância do controle e vigilância da gravidez;
- oferecer suplementos de ferro e ácido fólico;
- ajudar a grávida num plano de preparação para o parto e situações de emergências;
- educar a grávida a ter hábitos saudáveis em casa;
- ensinar a mulher como identificar os sinais de alerta em relação a ela e o bebê;
- preparar a mulher e o companheiro a nível físico e emocional, para o parto;
- promover a amamentação precoce e exclusivo;
- promover a procura dos cuidados de saúde;
- incentivar a presença de um acompanhante, durante as consultas de pré-natal.

Os cuidados acima referidos mostram que, o enfermeiro tem uma importante função, durante o ciclo gravídico da mulher, mostrando-se indispensável, na prestação desses cuidados.

É neste sentido que, Rios e Vieira (2007) afirmam que, o ciclo gravídico deve ser tido como um período de muita aprendizagem, onde o enfermeiro tem a chance de praticar as suas ações educativas, durante a gravidez, sendo de extrema relevância, para a orientação da gestante, afim de terem uma gravidez tranquila e com menor riscos de complicações.

1.3. Trabalho de parto (TP)

A duração do TP, varia de mulher para mulher, dependendo do número de gestações anteriores, assim como o tempo pode ser maior ou menor. O TP, é o início de movimentos, que se culminarão na celebração da chegada de um novo ser ao mundo.

Durante o TP, ocorre uma série de transformações no corpo da mulher, criando assim, condições para a passagem do bebê, condições essas que têm de ser exatas, para que seja possível ter um parto normal.

Na perspectiva de David e Xavier (2011, p. 25), “para um diagnóstico correcto e seguimento adequado, é necessário conhecer as condições que podem afectar o curso do trabalho de parto, e determinar sua conduta. Conhecer a pélvis e as características fetais ajudam a um melhor diagnóstico e seguimento do trabalho de parto”.

Para David e Xavier (2011, p. 25- 26), “a pélvis é constituída por partes moles e quatro ossos, os quais são os seguintes: o sacro, o cóccix e o par de ossos ilíacos formados pela fusão do íleon, do ísquion e do púbis”.

Complementando a ideia David e Xavier (2011) dizem que, os ossos ilíacos fazem um ligamento seguro com o sacro, através das sincondroses, sacro- ilíacas recíproco, através da sínfise púbica e essa construção divide-se em quatro planos irreais que são: estreito superior, escavação pélvica, estreito inferior e canal de parto.

Numa gestação considerada normal o feto, tem a apresentação cefálica e de vértice, mas também, pode ter outras apresentações durante a fase intrauterina, que podem variar, também deve haver uma relação exata, entre a posição do feto e a pélvis da mãe, para evitar complicações, durante o parto.

Para FEC e ESESFM (2016, p. 161), o feto pode apresentar tipos de apresentação diferentes, consoante a estrutura, que aparece primeiro, ou seja, está mais próximo do exterior: **apresentação cefálica**- aparece primeiro a cabeça; **apresentação pélvica**- aparece primeiro as nádegas; **apresentação transversa**- aparece primeiro os ombros.

Costa et al (2008, p. 9) diz que, o Trabalho de Parto: “é dado pela presença de contrações uterinas dolorosas e rítmicas, no mínimo 2 em 10 minutos, com duração de pelo menos 30 segundo, associadas a modificações cervicais (dilatação e/ou apagamento)”.

FEC e ESESFM (2016), definem o TP, como sendo um conjunto de fenómenos mecânicos e fisiológicos, que, quando iniciados, conduzem ao parto: apagamento e dilatação do colo do útero; progressão do feto através do canal de parto e expulsão do feto e anexos para o exterior.

Bobak et al (1999), definem o TP como sendo, um conjunto de fenómenos mecânicos e fisiológicos, que tem por objetivo expulsar o feto; a placenta e as membranas do útero para o exterior.

Segundo Graça (2005), *cit in* Janeiro (2013, p. 23), “o trabalho de parto define-se como, a existência de contrações uterinas rítmicas e dolorosas, cada vez mais frequentes e mais intensas, com repercussão a nível do colo uterino, em termos de extinção/dilatação e evolução da apresentação nos planos de Hodge, que leva ao nascimento do recém-nascido”.

1.3.1. Mecanismos do Trabalho de Parto

De acordo com FEC e ESESFM (2016), para compreender o TP é necessário conhecer os três mecanismos, que são: o Motor; a Passagem e o Passageiro.

➤ O Motor, que é a força que impulsiona o feto para fora devido as contrações que são provocadas quando o útero se contrai e isso nota-se quando o ventre da mulher fica dura e ela sente dor, podendo essas contrações serem ocasionais ou com períodos regulares.

➤ A Passagem que pode ser chamada de canal de parto que é constituído por partes moles, pelo colo do útero e a bacia onde encontramos os quatro planos que são: estreito superior, escavação pélvica, estreito inferior e plano das maiores dimensões pélvicas, que é onde o feto deverá passar para poder nascer. Tendo em conta que as diferenças, entre as dimensões e as estruturas ósseas da mulher, fazem com que, seja necessário, que o feto faça a rotação da cabeça, para poder passar pelo canal de parto.

➤ O Passageiro, é o feto que deve realizar uma série de movimentos sincronizadas, para encaixar e descer no canal de parto e isso, só é possível, porque a cabeça do feto, possui características adaptáveis, quando submetida a pressão, tomando a forma e encaixando à bacia materna.

Bobak et al (1999, p. 227), afirmam que “para que ocorra o nascimento, o feto é obrigado a adaptar-se, durante a descida, ao canal de parto. As rotações e outros ajustantes necessários no processo de parto do ser humano, são designados por mecanismo de parto”.

Bobak et al (1999, p. 227) ainda, acrescentam que, existem “sete movimentos cardinais que ocorrem durante o mecanismo de parto de apresentação de vértice são encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e finalmente a expulsão”

1.3.2. Estádios do TP

Em relação aos estádios do TP, existem literaturas, que apresentam três estádios, enquanto, outras apresentam quatro. Seeley et al (2005), dizem, que existem três fases nomeadamente: A primeira fase- A Dilatação; A segunda fase- O Período expulsivo; A terceira fase - A Dequitação. Enquanto, que, para Veladas (1997), existem 4 estádios, onde

o primeiro Estádio- A Dilatação; o segundo Estádio- O Período expulsivo; o terceiro Estádio- A Dequitação e o quarto Estádio- A Observação.

Veladas (1997) salienta ainda que, o primeiro estágio vai até 10 centímetros dividido em fase latente, que começa no início da dilatação até 4cm; ativa, que vai dos 4 aos 8 e por última transição, que vai até dilatação completa.

David e Xavier (2011), partilha da mesma ideia e complementa dizendo que, a dilatação, começa desde o início do TP, até a dilatação completa, que vai de 1 centímetro (cm) até 10 cm da abertura do colo uterino. A duração do TP vai depender se a mulher é primípara¹, ou multípara². Nas primíparas, podem durar até 12 horas enquanto que, nas multíparas, até 9 horas.

O segundo estágio, vai desde da dilatação completa até o nascimento do bebé. O tempo, que decorre até o nascimento do bebé vai depender, se é o primeiro parto da mulher, ou não (FEC e ESEFM, 2016).

Veladas (1997), complementa a ideia, ao afirmar que é nesse período que ocorre a fase expulsiva, onde a mulher deve ter uma participação, ativa evocando esforços eficazes, para a descida e expulsão do bebé, durante cada contração, mas também, é nessa fase, que o profissional de saúde, neste caso, o enfermeiro, deve ter uma conduta bastante influente, para orientar e ajudar a parturiente.

Baseando na ideia de Seeley et al (2005) “a terceira fase ou fase de dequitação envolve a expulsão da placenta pelo útero. As contrações uterinas provocam o deslocamento da placenta da parede uterina, de que resulta alguma hemorragia devido ao contacto íntimo entre a placenta e o útero”.

David e Xavier (2011, p. 35), consideram o quarto Estádio, ou Período de Observação, como sendo o período que “começa após a dequitação da placenta e é considerado a 1ª hora após o parto. Neste período o útero continua a contrair-se e a hemóstase uterina é assegurada pelo globo de segurança de Pinard”.

É nessa perspetiva que, se pode dizer que, é o período considerado de risco materno, uma vez que, há possibilidade de ocorrências de grandes hemorragias, por isso, a vigilância deve ser estrita para evitar tais riscos.

¹ Primípara- único parto com mais de 22 semanas de gestação.

² Multípara- 2 ou mais partos com mais de 22 semanas de gestação.

1.3.3. A Dor do trabalho de parto e parto

A dor do TP é uma experiência subjetiva, que vai depender de mulher, para mulher, e é neste sentido que, é importante ter um atendimento personalizado, para que ela consiga ser apoiada e orientada, para que possa lidar com a situação e superar a sua dor.

Segundo Niven et al (2000), *cit in* Janeiro (2013, p.24), “a sensação de dor sentida pela mulher durante o trabalho de parto é muito variável está sujeita a influências psíquicas (comportamento, motivação, cultura e educação), orgânicas (constituição genética), stress, bem como distocias que podem aumentá-la, e libertação de endorfinas que pode diminuí-la”.

A dor é tida, como um sinal de alerta e representa um importante sinal do início do TP, é constituído principalmente pela dilatação do colo uterino, assim como, as contrações e distensões das fibras uterinas, distensão do canal de parto, tração de anexos e peritônio, pressão na uretra, bexiga e outras estruturas pélvicas e pressão sobre as raízes do plexo lombo-sacro (Ministério da Saúde Brasil, 2001).

Tendo em conta que, a dor do trabalho de parto é o maior inconveniente do processo, uma vez que, traz desconforto, ansiedade, medo e por vezes a angústia, é essencial, que o enfermeiro tenha alternativas, para aliviar e minimizar o sofrimento da gestante, utilizando os métodos não farmacológicos.

O MS Brasil (2014), diz que, a presença de um acompanhante, pode ajudar na diminuição da dor e também, outros métodos tais como: massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento, musicoterapia e outras medidas de suporte físico e emocional devem ser empregues para ajudar no alívio da dor.

A Bola de Suíça, pode ser utilizada em qualquer fase do TP, sendo que, no início pode instruir-se a mulher a fazer movimentos circulares, ou laterais do quadril, isso faz, com que, o bebé se encaixe na pelve facilitando a sua descida pelo canal de parto. Enquanto que, na fase ativa do TP, é instruída a mulher os movimentos de “subir e descer” sentada na bola, que ajuda na descida do bebé (Feyer et al, 2009).

A Escada de Ling, serve de suporte, quando a mulher se encontra de pé. Suas barras servem, para alongamento e apoio, durante os esforços e as contrações uterinas (Paiva et al, 2015).

O Banho de chuveiro, faz com que, a mulher fica mais relaxada, diminuindo o sentimento da dor e é muito bom no início do TP (Feyer et al, 2009). O banho de imersão no primeiro estágio do trabalho de parto, constitui uma importante estratégia, para o alívio da dor a muitas mulheres, oferecendo relaxamento e conforto e, por conseguinte, maior capacidade de suportar essa dor (MS Brasil, 2014).

Explicar à mulher a importância da respiração no momento das contrações e entre as mesmas. Os exercícios respiratórios ajudam a reduzir a sensação da dor, minimiza a ansiedade e elevam os níveis de saturação de oxigênio da mulher (Paiva et al, 2015).

Caminhar/ subir e descer escadas, auxilia na descida e encaixe do bebê no canal de parto (Feyer et al., 2009).

Na perspectiva de Feyer et al (2009), “a massagem promove relaxamento, principalmente quando é feita na região lombar durante as contrações; podem ser usados óleos ou massageadores”.

Enquanto para Paiva et al (2015), “os massageadores têm ação no relaxamento e os impulsos nervosos gerados pela massagem competem com mensagem da dor, gerando alívio. Pode ser realizado pela equipe de saúde ou ser ensinada ao acompanhante. Geralmente é mais utilizada na região lombar, trapézios e pantorrilhas”.

A Musicoterapia, promove um ambiente tranquilo e acolhedor facilitando o relaxamento e, por conseguinte, a diminuição da dor (Feyer et al, 2009). Uma vez, preparado o terreno, é chegado o momento do parto, em que, se prepara para receber o bebê e entregá-lo finalmente nos braços da mãe.

1.4. O Parto

O Parto é o momento, que culmina com a saída do feto do ventre da mulher, para o mundo exterior, onde vai iniciar um novo ciclo de vida. É o momento, que pode ser considerado, mais doloroso e também, é neste momento, que a mulher precisa de suporte e encorajamento, para que, seja o mais depressa possível e não haja desgaste e nenhuma complicação.

Para Oxorn (1989, p. 95), o parto é” uma função da mulher pela qual os produtos conceptuais (feto, liquido amniótico, placenta e membranas) são deslocados e expelidos pelo útero (...) para o exterior”.

Também FEC e ESESFM (2016, p. 147), defendem que o parto é “uma função da mulher pela qual os produtos de concepção (feto, líquido amniótico, placenta e membranas), são deslocados e expelidos do útero, através da vagina, para o exterior (através do canal de parto) ou um processo que culmina com a expulsão do feto e da placenta, pelo útero, numa gravidez de termo”.

Num estudo realizado por David e Xavier (2011), diz que, um parto é considerado normal, quando tem uma duração de 37 a 42 semanas, tem início natural e não comporta nenhum risco, desde o início do TP até o nascimento e o bebê nasce de uma forma natural em posição cefálica de vértice e a mãe e o filho encontram-se saudáveis.

Para Costa et al (2008, p. 8), o parto normal, ou espontâneo é definido como: “aquele que prescinde manobras extrativas, e resulta do perfeito equilíbrio entre os fatores que nele intervêm: canal do parto (bacia óssea e partes moles), concepto e forças (contração uterina, prensa abdominal e diafragma)”.

1.4.1. Tipos de Partos

Os tipos de partos muitas vezes são confundidos com a posição do parto, o que por vezes, nos faz alguma confusão, mas segundo FEC e ESESFM existe o Parto Eutócico- Não instrumental, ou seja, não houve manobras, para extração de alguma das partes de feto e o Parto Distócico como: Fórceps; Ventosa e Cesariana, em que, as manobras estão presentes. Relativamente, a posição do Parto, de acordo com Da Silva et al (2007), tem-se:

➤ as posições verticais, que tem como vantagens aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Promovem uma retificação do canal de parto e alinhamento do feto, na bacia materna maximizando os puxos expulsivos maternos e facilitando o desprendimento fetal e compreendem: a posição sentada, ou semi-sentada; a posição indígena, ou de cócoras e a posição inglesa, de quatro, de mãos-jelho, ou de Gaskin.

➤ as posições horizontais, que compreendem: a posição francesa, ou lateral esquerda, ou de Sims e a posição supina, ou litotomia dorsal, sendo que, essa última, deve ser desencorajada, uma vez que, está associada a padrões anormais dos batimentos cardíacos à cardiografia e queda no pH da artéria umbilical e na saturação de oxigênio à oximetria de pulso.

Santos e Ramos (2012), dando os seus contributos afirmam, que nos dias de hoje, estão mais indicadas para o TP, as posições verticais, uma vez que, traz algumas vantagens

como: melhoria da circulação feto-placentário, diminui as lacerações da vagina e do períneo e acelera o período expulsivo.

Durante o TP e P a mulher necessita de cuidados, devido a sua condição, é essencial, que o enfermeiro ofereça um atendimento de qualidade, baseando numa série de cuidados prestados a gestante, durante esse processo, juntamente com uma boa postura e uma atitude empática.

1.4.2. Cuidados de Enfermagem durante o trabalho de parto e parto

De uma maneira geral, durante o TP e P, a mulher encontra-se no ambiente hospitalar, afastada dos familiares e amigos, sendo submetida a inúmeras intervenções, que por vezes, se desconhece e, é nesse cenário, que o enfermeiro deve apresentar-se, como um suporte, oferecendo cuidados essenciais em todos os níveis, para que a ela se sinta acolhida e protegida.

Para MS Brasil (2014, p. 193)

“a equipe de Enfermagem tem oportunidade ímpar de se aproximar e dar cuidado diferenciado e efetivo à parturiente. Despojar-se de preconceitos, tabus, respeitar as diversidades culturais e religiosas, o modo de viver e sentir dessas mulheres, colocando-as em posição de protagonistas de sua história, esses profissionais teriam a chance de oferecer assistência qualificada, acolhedora e humanizada”.

De acordo com Souza et al (2005), o cuidar em enfermagem, consiste em envolver-se, colocar-se no lugar do outro, com o intuito de compartilhar experiências e oportunidades com as demais pessoas, a fim de encontrar significados na doença, dor e sofrimento, assim como, na existência. Também, é ajudar o outro a conhecer-se e com isso, adquire o seu próprio equilíbrio.

É importante que, o enfermeiro, faça a mulher sentir-se a protagonista do parto, suprimindo, assim, os sentimentos de medo, dor, angústia, pânico, estabelecendo uma comunicação afetiva, isto fará com que, a mulher tenha não só uma mudança de comportamento como também a proporciona uma experiência menos assustador, fazendo com que, ela se sinta, mais segura e confiante (Santos e Okazaki, 2012).

Daí, surge os seguintes cuidados de enfermagem no TP e P, segundo Santos e Okazaki (2012):

- Estimular a participação ativa da mulher e seu acompanhante, durante o trabalho de parto;

- Priorizar a presença do profissional junto da parturiente proporcionando segurança, para a paciente;
- Estimular utilização de recursos alternativos, para a condução do trabalho de parto como: as bolas de fisioterapia, massagens, banho de chuveiro, ou banheira.
- Encorajar a mulher a adotar a posição, como a de cócoras;
- Estimular a mulher adotar a posição vertical durante o trabalho de parto;
- Permitir a deambulação;
- Permitir, que a mulher se sinta preparada e coopere no processo de parir;
- Ensinar exercícios respiratórios, durante o trabalho de parto;
- Realizar massagem especialmente na região sacrolombar, poderão ser bastante úteis, quando as dores se intensificarem;
- Oferecer apoio emocional, durante o trabalho de parto, pode ajudar no desconforto em mulheres não preparadas;
- Condicionar a parturiente a responder às contrações, com exercícios respiratórios e relaxamentos;
- Ensinar exercícios, que fortaleçam os músculos abdominais e relaxem o períneo;
- Nunca dizer para a paciente, que o trabalho de parto e o parto serão indolores, mas ensinar, ou realizar os métodos, para o alívio da dor;
- Assegurar a paciente, que ela terá compreensão e apoio, por parte da equipe de enfermagem;
- Não permitir, que a paciente suporte o parto, como um fenômeno involuntário e desagradável, mas ensiná-la a desempenhar um papel ativo, lúcido, facilitando o parto;
- Permitir banho de imersão, ou de aspersão: os banhos preferencialmente os de imersão, são de grande ajuda, quando as contrações se intensificarem;
- Além de outras técnicas para relaxamento e alívio da dor como: a acupuntura, musicoterapia, cromoterapia, fitoterapia, as quais ainda não têm comprovação científica da sua eficácia;

O enfermeiro tem um papel preponderante na humanização dos cuidados, uma vez que, é quem está mais próximo do utente e reconhece as suas necessidades, os seus medos e suas angústias, por isso, cabe ao enfermeiro reconhecer essas necessidades e apoiá-las individualmente. Ainda, o enfermeiro, tem o compromisso de ajudar os outros e para isso,

tem de conhecer todos os níveis afetados, para que possa prestar um cuidado globalizado, para evitar danos a pessoa cuidada e, para estabelecer essa relação de ajuda deve, acima de tudo conhecer o outro.

1.5. Humanização dos cuidados de enfermagem no trabalho de parto e parto

Para falarmos da humanização, é importante, que tenhamos em conta a violência obstétrica, que seria qualquer ato, que prejudica, ou pode pôr em risco a integridade física, ou mental da mulher, na medida em que, com a humanização pretende-se tornar o TP e P um momento menos traumático e intervencionista possível.

Entende-se, por violência obstétrica, toda a conduta, ação ou omissão, realizada por profissionais de saúde de uma forma direta ou indireta, tanto a nível público, como privado e, que afeta o corpo, ou o ciclo gravídico da mulher, tais como: tratamento desumano, abuso de medicação e tratar, como patológico os processos naturais, fazendo com que, se perca a autonomia e capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sua sexualidade, provocando um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres (Ciello et al, 2012).

Consoante Andrade et al, existem os seguintes tipos de Violências: violência institucional, violência moral, violência física, violência sexual, violência psicológica e violência verbal.

Cunha (2012, p. 11-21), ainda sublinha, que práticas consideradas pela OMS claramente prejudiciais, ou ineficazes, que devem ser eliminadas da assistência ao parto, e práticas utilizadas de modo inadequado, dentre outras, que sendo adotadas, caracterizam a violência obstétrica, ou violência no parto.

Essas práticas fazem com que, a mulher e o bebé, sofrem danos desnecessários, que poderiam ser evitadas, causando dor e sofrimento, violando, assim, os seus direitos (Cunha, 2012). Práticas essas, que são: cesariana sem indicação clínica; episiotomia de rotina; exames de toque abusivos; restringir a escolha do local de parto; proibir o acompanhante de livre escolha, da escolha da mulher; desrespeitar o direito da mulher à privacidade; negar métodos de alívio da dor; restrição à deambulação e liberdade de movimentos; obrigar a mulher a ficar em decúbito dorsal; manobra de Kristeller; não permitir o nascimento espontâneo do bebê; clampeamento precoce do cordão umbilical; afastar o bebê saudável da mãe; direcionamento de puxos: "faça força agora", "força comprida"; Manobra de Valsalva: orientar a mulher a "trincar os dentes e fazer força".

Ainda, Cunha (2012) acrescenta: realizar procedimentos sem o conhecimento e consentimento da mulher; descolamento de membranas sem prévia discussão e autorização da gestante; estabelecer limites rígidos de tempo, para a duração das fases do trabalho de parto e parto; praticar violência verbal (mandar calar a boca, xingar, humilhar, usar termos pejorativos, ameaçar), desconcentrar e desencorajar a parturiente; toque retal, jejum forçado, tricotomia (raspagem dos pelos) e enema (lavagem intestinal); usar rotineiramente soro com ocitocina sintética para indução/aceleração do trabalho de parto e parto; fazer qualquer procedimento com o recém-nascido sem conhecimento/consentimento dos pais; realizar tração do cordão e massagens, para agilizar o parto da placenta; revisar manualmente a cavidade uterina como rotina..

MS Brasil (2014, p. 29) acrescenta, que “manifestações de julgamento e censura em relação aos seus atos devem ser evitadas e ela deve ser encorajada a manifestar suas angústias e ansiedades, cabendo aos membros da equipe assistencial a adoção de posturas que a respeitem como ser humano e cidadã plena de direitos”.

O enfermeiro tem por responsabilidade cuidar da mãe e do filho, durante a gravidez, fazendo com que, esse período, seja saudável e agradável, deve ser encarado com segurança, para que no momento do parto a mulher esteja preparada para tal. Pode-se dizer, que com os anos, o ato de dar à luz, tem vindo a alcançar metas importantes, baseando no simples facto da humanização do cuidar ter ganhado espaço no campo da enfermagem visando, assim, uma melhoria na qualidade de serviço prestada, assim sendo, a expressão humanizar, tem vindo a ganhar destaque na vida dos que cuidam de vidas.

O termo humanizar surge no intuito de tornar mais humano, os cuidados prestados, uma vez que, com o surgimento das novas tecnologias e mesmo, devido as correrias do dia-a-dia, muitas vezes os utentes são tratados apenas a sua patologia, esquecendo, que são pessoas, que muitas vezes, necessitam apenas de uma palavra de consolo, ou de um simples toque.

Para Malheiros (2012, p. 330), humanizar significa: “proporcionar um atendimento de qualidade à população, articulando tecnologia com acolhimento e, ainda, preocupar-se com as condições de trabalho dos profissionais”.

Rios (2003, p. 6) defende que:

“a humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspetos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para a compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento”.

Complementando a ideia, pode-se dizer que, humanizar o parto é adaptá-lo a cada mulher, ou a cada família, respeitando os sentimentos das pessoas envolvidas e satisfazendo as suas necessidades com qualidade e eficiência.

Santos e Okazaki (2012, p. 65) acreditam-se “que a chave da humanização do parto é o pré-natal pois neste período pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para todo o processo da gestação ao puerpério seja e pode ser também conscientizá-las de seus direitos”.

Ainda, acrescentam que, a humanização da assistência ao P, é definida, por vários autores como um resgate aos tempos, onde o TP era natural, respeitando a sua fisiologia e onde era oferecido a mulher apoio emocional, assim como, suas famílias ou acompanhantes, por ela escolhida (Santos e Okazaki, 2012).

É neste sentido que, Cechin (2002) acredita, que a humanização do TP, consiste em receber a mulher num clima harmonioso, respeitando a sua identidade própria, oferecendo conforto e segurança, prestando-a um serviço digno e de qualidade, evitando intervenções desnecessárias.

Costa et al (2015, p. 8) acreditam, que a humanização do P é: “o respeito à mulher como pessoa única, em um momento da sua vida em que necessita de atenção e cuidado. É o respeito, também, à família em formação e ao bebê, que tem direito a um nascimento sadio e harmonioso”.

Na perspectiva de Santos e Okazaki (2012, p. 64), “o conceito da humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, alguns estão relacionados a uma mudança na cultura hospitalar, com a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias”.

Dias e Domingues (2005, p. 700), conceituam a humanização na assistência ao P como: “a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres e suas famílias”.

Complementando a ideia, pode-se dizer que, os profissionais devem respeitar os aspetos fisiológicos da mulher, utilizando procedimentos, que a trazem benefícios, evitando intervenções desnecessárias e reconhecendo os aspetos culturais e sociais do parto natural.

O MS Brasil (2014, p. 30) acrescenta, que “a redução da mulher a apenas um número de ficha ou leito ou chamamentos tais como “mãezinha”, “minha filha”, “dona

Maria” etc. devem ser evitados. Ela, deve sempre ser chamada, pelo seu primeiro nome, e atitudes agressivas e violentas, mesmo que sutis, são inadmissíveis”.

Na atenção humanizada à mulher, durante o TP e P pode-se dizer, que há 2 pontos importantes, que fazem a diferença num atendimento de qualidade, digno e respeitoso, que são: o acolhimento da grávida, pois é o primeiro contacto entre ela e o profissional e a presença de um acompanhante, que devem ser trabalhadas, para que a humanização, seja capaz de enraizar, crescer e dar frutos.

O acolhimento, é um aspeto essencial da política de humanização, uma vez que, quem ajuda, deve acolher e acompanhar com simpatia e afetividade, demonstrando respeito e compreensão empática que pode ser manifestada com palavras ou simples gestos (Veladas, 1997).

Janeiro (2013), partilha da mesma ideia ao afirmar, que “o acolhimento é um aspeto essencial da política de humanização, implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, ouvindo a sua queixa, permitindo que ela expresse as suas preocupações e angústias”.

O lugar, onde a mulher recebe os cuidados, deve ser calmo e tranquilo, sem rotinas inflexíveis e fixos, onde a mulher exprime as suas emoções e necessidades livremente. Os cuidados recebidos devem ser personalizados de forma, que a mulher se sinta segura e protegida, a presença de um acompanhante deve ser incentivada, desde o pré-natal até o nascimento (MS Brasil, 2014).

1.5.1. O Acompanhante durante o Trabalho de Parto e Parto

A gravidez, é um evento fisiológico e, portanto, não pode ser considerada patológico, apesar de ser uma fase, em que a mulher, fica mais frágil e sensível, devido as alterações hormonais. Por isso, ela deve ter um acompanhamento personalizado, que deve começar desde o pré-natal, ao ciclo gravídico-puerperal e o enfermeiro tem um papel importante, mas, que deverá ser partilhado com a família, uma vez que são quem acompanham a mulher em todas as horas.

Não se pode falar da humanização do P, sem falar de uma importante componente, que é o direito a um acompanhante, que é alguém, que deve estar com a mulher, desde o primeiro minuto, devendo ser alguém à sua escolha e da sua confiança, que a apoia

incondicionalmente, e que esteja preparado em todas as situações. Uma pessoa, para acompanhá-la, durante a sua permanência do TP e P.

No Brasil, existe a Lei Federal nº11.108 de 07 de abril de 2005, que foi criado com o objetivo de garantir a mulher o direito a um acompanhante a sua escolha durante o TP e P (Martins e Barros, 2016).

MS Brasil (2014, p. 412) assegura, que “o direito ao acompanhante significa, portanto, assegurar o direito à família e não apenas o direito à mulher. Significa lançar mão de um dispositivo da Política de Humanização para garantir a atenção integral que beneficie os familiares, incluindo o recém-nascido”.

Baseando nas investigações feitas, que mostram as vantagens, tanto para a mãe, como para o bebê, decorrente da presença dum acompanhante durante o parto, a OMS, desde 1985 tem aconselhado, que a mulher possua um acompanhante, durante esse período, proporcionando vantagens como: diminuição do tempo de trabalho de parto, autoconfiança, autoestima, menor necessidade de medicação ou analgesia, menor risco de parto cirúrgico ou instrumental, diminuição da dor, medo e esgotamento, menores suportes de Apgar abaixo de 7, melhor sucesso de amamentação, melhor laço afetivo entre a mãe-filho, aumento da satisfação, por parte da mulher, redução do cansaço, durante e após o P (Ciello et al, 2012).

No HRJM o direito ao acompanhante, está suspenso temporariamente, segundo a Diretora do HRJM, afim de criar condições, para receber e acolher os acompanhantes das gestantes, pelo menos, durante o TP, uma vez, que a estrutura não permite mais do que isso.

Para a humanização da assistência, durante o TP e P, o enfermeiro, deve prestar cuidados à mulher, em todos os níveis e de acordo, com a necessidade de cada uma, tendo em conta que, cada pessoa é uma pessoa.

1.5.2. Função do enfermeiro na humanização do trabalho de parto e parto

Sendo o enfermeiro, um dos pilares da humanização, exerce importantes funções ao longo do seu desempenho e deve estar atento as mudanças e em constante Auto atualização, para que possa dar respostas as exigências que cada vez são maiores.

Pires (2009, p.740), refere na sua revista que:

“a Enfermagem é uma profissão de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescenta atributos a um campo de atividades de cuidado à saúde desenvolvidas, milenarmente, por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários. Com Florence, o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, é

reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional”.

O enfermeiro, também tem o papel importante, na educação para a saúde, fazendo promoção da saúde e prevenção das doenças. Baseando na ideia de Kitzinger (1996, p. 92), para prestar uma assistência melhor ao parto é necessário, que os profissionais conheçam, o que pensam as grávidas sobre isso, assim como, os aspectos culturais envolventes, revelando-o como um ato natural, mas de angústia e dor.

O enfermeiro, deve explicar os procedimentos, que a utente vai ser submetida com clareza. Deve pedir autorização, para fazer qualquer intervenção e respeitar a cultura e as vontades da parturiente, desde que não ponha em risco a mãe, nem o bebé.

No HRJM, o enfermeiro está na linha da frente em relação aos cuidados prestados, durante o TP e P e na prestação da assistência humanizada e esses não vão depender somente das competências, nem meramente dos conhecimentos, por ele adquiridos, mas sim, do seu caráter e do modo como vai prestar esses cuidados, tendo em conta, a empatia e o “saber ser”.

1.5.3. A atenção humanizada à mulher e ao Recém-Nascido (RN) no Hospital Regional João Morais (HRJM)

A assistência humanizada ao parto começou a ser implementada no HRJM no 3º trimestre de 2013, com o objetivo de adquirir o título “Hospital Amigo da Criança e da Mulher”, para beneficiar as gestantes de Santo Antão e a população de Cabo Verde em geral. O HRJM para implementação dessa prática, fez alguns esforços, como: modificações que começaram, desde a estrutura do serviço, assim como, a formação, preparação e treinamento dos profissionais. Foi nessa ótica, que um grupo de seis (06) profissionais participaram nos III, IV e V Curso Internacional de Atenção Humanizada à Mulher e ao Recém-nascido em Belo Horizonte - Brasil realizado em outubro de 2012, setembro de 2013 e setembro de 2014 no Hospital Sofia Feldman e com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ao P e nascimento e, que posteriormente, foi transmitido aos restantes profissionais, para que juntos possamos prestar melhores cuidados à Mulher e ao RN.

Também, foi feita adaptações no setor da maternidade tais como: separadores entre as camas oferecendo, assim, mais privacidade a cada parturiente; aquisição de materiais para o Pré-Natal e Sala de Partos assim como, massagens, dieta líquida para as Gestantes em TP,

realização do contato pele a pele durante uma (1) hora, clampeamento tardio do Cordão Umbilical, amamentação na 1ª hora pós-parto, a prática do Alojamento Conjunto e evitar procedimentos desnecessários.

Dias e Domingues (2005, p. 700) reforçam, que “modificações na estrutura física também são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência”.

A assistência humanizada começa, desde o pré-natal, onde na primeira consulta as gestantes, começam a ser preparadas para o P, recebendo um atendimento com uma equipe multidisciplinar e informações por parte dos profissionais, que trabalham no setor, nas rodas de conversa e através de vídeos sobre o parto e a amamentação. Existe também aulas de fisioterapia direcionadas às gestantes, visitas no 3º trimestre de gestação ao setor da maternidade, sala de pré-parto e parto para conhecimento e familiarização com o espaço.

Segundo o Relatório do Projeto “**Atenção Humanizada à Mulher e ao Recém-nascido**” do HRJM (2014), a Atenção Humanizada à Mulher e ao RN, apresenta as seguintes características: Conhecer o local do parto: Visitas das grávidas ao Hospital (Banco de urgência e sector da Maternidade); direito à privacidade: através da colocação de divisórias; presença de acompanhantes no internamento, ou visitas prolongadas de familiares; oferecer líquidos em TP; permitir as gestantes de baixo risco a ingestão de pequenas quantidades de líquidos como: Água, Sumos de frutas, Gelatinas e Chás; Não realizar procedimentos desnecessários como: tricotomia, amniotomia, episiotomia; venoclises; revisão uterina e cesarianas; direito de escolher a posição do parto: posições do Parto Normal; posição sentada; posição de cócoras; posição de lado e na banheira; contacto pele a pele da mãe com o RN, incentivar o aleitamento materno na 1º hora e alojamento conjunto; clampeamento tardio do cordão umbilical que: fornece volume adequado de sangue e de reservas de ferro no nascimento, previne a anemia e diminui a incidência de Retenção Placentária; utilizar métodos não farmacológicos, para alívio da dor do P como: Bola Suíça, ou de Bobath ou de nascimento; Banho de Chuveiro com Água Morna; Caminhar/ subir e descer escadas; Massagem; Banhos de imersão; Musicoterapia; Escada de Ling; Cavalinho; Técnicas de respiração e relaxamento; Ambiente perfumado com velas, ervas e essências.

É de realçar que, a promoção da Atenção Humanizada, começa nas consultas de pré-natal, em que, as gestantes serão preparadas pelo grupo interdisciplinar, durante as consultas com: roda de conversa; aulas de Fisioterapia; discussão de vídeos sobre Parto e Amamentação; aulas práticas com os cuidados, durante a gestação e do RN.

1.6. Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e Classificação das Intervenções de enfermagem (NIC)

O diagnóstico de enfermagem, é uma avaliação clínica, acerca das práticas do indivíduo, família ou grupos em relação aos problemas de saúde, ou processos da vida. Com isso, o enfermeiro tem como base para escolher as intervenções de enfermagem de modo a atingir os resultados. É neste sentido, que achamos necessário, utilizar o diagnóstico de NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) e as respectivas intervenções de enfermagem NIC (*Nursing Interventions Classification*) (McCloskey e Buleckek, 2004).

O diagnóstico de NANDA e as intervenções de NIC, auxiliam no achado do diagnóstico e, por conseguinte, a resolução clínica do enfermeiro, com base nas intervenções de enfermagem (McCloskey e Buleckek, 2004).

Sendo a gestação, um evento fisiológico, mas que, durante o TP e P sensações como: a dor, a ansiedade, a angústia, o medo entre outros, são sintomas comuns, nesse sentido pensou-se ser importante apresentar os diagnósticos de enfermagem (NANDA) e as respectivas intervenções de NIC.

Quadro 3 - Diagnósticos de enfermagem (NANDA) e intervenções de enfermagem-NIC

Diagnósticos de NANDA	Intervenções de enfermagem- NIC
Ansiedade-Relacionado com a dor	<ul style="list-style-type: none">➤ Usar uma abordagem calma e segura;➤ Esclarecer as expectativas da situação;➤ Observar a presença de sinais não verbais de ansiedade;➤ Permanecer com a paciente, para promover a segurança e reduzir o medo.

Conforto prejudicado	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Explorar as posições, que melhoram o conforto da mãe e mantenham a perfusão placentária.
Dor de trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Encorajar a deambulação, durante o trabalho de parto; ➤ Incentivar as posições verticais; ➤ Ensinar técnicas de respiração e relaxamento; ➤ Promover banho de chuveiro morno e massagem lombossacral; ➤ Registrar a evolução do trabalho de parto em partograma.
Medo-Relacionado com a dor do trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conversar usando uma abordagem calma e segura; ➤ Explicar o processo de trabalho de parto e parto esclarecendo suas dúvidas; ➤ Permitir presença de acompanhante conforme o desejo da parturiente; ➤ Implementar o toque afetivo para acalmá-la realizado pelo enfermeiro ou acompanhante escolhido, pela parturiente; ➤ Oferecer terapia com música.
Fadiga-Relacionado com a demora do trabalho de parto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientar a parturiente, quanto à forma de fazer relaxamento muscular, para que ela se descanse entre uma contração e outra.

Fonte: Elaboração própria

Após, o diagnóstico de NANDA, achou-se necessário falar sobre a teoria de transição, que vai de encontro ao tema.

Sendo a gestação, um evento transitório, em que a mulher, passa por uma série de transformações fisiológicas, para adaptar a fase gravídica, ela encontra-se vulnerável e passa por uma série de transformações a nível físico, psicológico e emocional experimentando sentimentos de felicidade, medo e insegurança. O enfermeiro, deve estar atento e preparado, para ajudar a mulher, de uma forma multidisciplinar a ultrapassar esta fase, uma vez que, é uma etapa de ciclo de vida, que a mulher deixa de estar só e passa a formar família, começando um novo ciclo que se vai desenvolver com interferências de vários fatores, que podem facilitar ou atrapalhar esta transição. Achou-se pertinente, referenciar uma teórica que nos fala sobre a fase de transição, e nesse caso, elegemos a teórica Afaf Ibraim Meleis, que adapta ao tema.

Meleis et al., (2000, p. 25) define a transição, como sendo, “uma passagem através de uma fase da vida, situação, estado”. Ainda, os mesmos autores, acrescentam como exemplos de transições: adolescência, maternidade e paternidade, imigração, as transições saúde/doença, assim como, as mudanças na comunidade (Meleis et al, 2000).

Veladas (1997) dando o seu contributo diz, que “a gravidez é uma fase de transição que faz parte do processo normal de desenvolvimento. É sentida, muitas vezes, como que a continuidade do próprio indivíduo, razão de ser do seu comportamento perante a sociedade”.

O mesmo autor, ainda acrescenta que “no ciclo vital da mulher, existe três períodos críticos de transição e que, ao mesmo tempo, constituem fases do desenvolvimento da personalidade, a saber: adolescência; gravidez e climatério” (Veladas, 1997).

Na enfermagem, existem alguns conceitos de transição, que o enfermeiro deve conhecer, tais como: a essência da transição, os seus condicionalismos, podendo ser inibidores, ou facilitadores podendo ser as pessoas, a comunidade ou a sociedade. O nascimento de um filho, bem como, qualquer outro processo de transição é um acontecimento, que trás consigo, mudanças e preocupações e os sujeitos envolvidos, no caso os pais, devem ter um preparo e seguimento adequado, para conseguirem ultrapassar mais uma etapa da vida (Meleis et al, 2000).

CAPÍTULO II- FASE METODOLÓGICA

2. Fundamentação Metodológica

Este capítulo, apresenta-se o desenho metodológico, onde debruçou-se sobre as questões metodológicas, para dar resposta aos objetivos, já estabelecidos. Apresentou-se ainda, neste capítulo, o tipo de metodologia, a técnica e o instrumento de colheita de informações, a população alvo e por fim, as questões éticas de investigação.

Pode-se dizer que, a metodologia, faz parte do corpo de um trabalho científico, por onde, pretende-se dar credibilidade às respostas pretendidas, de acordo com a problemática já estabelecida, ainda, pode-se dizer que, é o caminho, para alcançar os objetivos preconizados, durante o estudo, uma vez que, compõe um conjunto de atividades sistemáticos e racionais, para investigar e chegar aos objetivos definidos.

2.1. Tipo de Metodologia

A metodologia abordada para o desenvolvimento da temática em estudo foi, uma investigação do tipo qualitativa, com abordagem descritiva, exploratória e fenomenológica, realizada no período de abril a junho de 2017, na Maternidade do HRJM, localizado em Povoação na cidade da Ribeira Grande de Santo Antão.

A pesquisa, é do tipo qualitativa, uma vez que, contribui, para a compreensão do homem na sua totalidade, além de compreender melhor a sua assistência de enfermagem prestada. Esse tipo de pesquisa, leva-nos a prestar uma assistência direcionada as necessidades do indivíduo, de acordo com as suas crenças e valores, assim como as suas experiências e vivências experimentadas pelo indivíduo estudado.

É uma investigação descritiva e exploratório, na medida em que, permite-nos adquirir novos conhecimentos, acerca do tema escolhido, também é um estudo exploratório, uma vez que, é o primeiro trabalho realizado nesta área, em Santo Antão e é ainda uma área pouco explorada em Cabo Verde.

O método fenomenológico, descreve na íntegra a experiência vivenciada pelo indivíduo, no caso as puérperas, e permite partilhar a vivência das mesmas, durante o TP e P, isto é, não se preocupando em explicar o fenómeno, mas sim, em compreendê-la.

Para Fortin (1999, p. 330) “na análise descritiva dos dados, o investigador destaca um perfil do conjunto de características dos sujeitos, determinadas com a ajuda de testes estatísticos apropriados ou com análise de conteúdo”.

2.2. Instrumento de Colheita de informações

Para dar seguimento a esse estudo, foi feito entrevistas, semi-estruturada de perguntas abertas e fechadas às puérperas do serviço da maternidade do HRJM com o auxílio de um guião de entrevista (**Apêndice I**). As entrevistas, foram feitas, em local privativo, calmo, tranquilo e sem interferências, respeitando os princípios éticos estabelecidos. Ainda, foi realizado pesquisas bibliográficas em diversos livros, assim como, em artigos e revistas, tanto impresso, como em formato digital, teses de Especializações e Mestrado, dados estatísticos do MS de Cabo Verde e Brasil.

Para Fortin (1999, p. 236), “a entrevista é um método de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”.

Triviños (1987, p. 152) afirma que, “a entrevista semi-estruturada (...)favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade (...) além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações”.

Optou-se, por utilizar a técnica de entrevista semi-estruturada, na medida em que, possibilita uma melhor compreensão do facto ocorrido junto das entrevistadas, através de respostas livres e espontâneas, adquirindo todas as informações necessárias, para o estudo. As informações fornecidas pelas entrevistadas, neste caso, as puérperas, foram registadas em áudio nalguns casos, uma vez que, houve recusa por algumas.

2.3. Descrição do Campo empírico

Este estudo foi realizado no serviço da maternidade do HRJM, onde trabalham 4 enfermeiras em regime de turnos, 3 médicos gineco-obstétricos e está estruturado da seguinte forma: uma sala de trabalho; uma sala de obstetrícia (com 7 camas); uma sala de ginecologia (com 3 camas); uma sala de neonatologia (com 2 camas, 1 incubadora e dois berços); uma sala de partos, que é constituída por: sala de pré- parto (com duas camas); sala de observação gineco-obstetra (com uma maca), a sala de partos propriamente dita (com 2 marquesas) e um corredor, para deambulação das parturientes.

2.4. População Alvo do estudo

A população deste estudo foi constituída por oito (8) puérperas do serviço de maternidade do HRJM, nas primeiras 24 horas pós-parto e, que, foram submetidas a assistência humanizada, durante o TP e P.

Os dados, foram obtidos através de entrevistas semiestruturada, de perguntas abertas e fechadas, realizadas no ambiente hospitalar, às puérperas, seguindo um roteiro preestabelecido, cujo foco, foi a identificação das práticas do cuidado no P e nascimento.

Para iniciar o estudo, optou-se por identificar alguns critérios de inclusão e de exclusão, relativamente as puérperas. Como critérios de inclusão tem-se:

- ter idade igual, ou superior a 18 anos;
- ter realizado parto normal na maternidade da referida instituição;
- ter internamento na unidade do alojamento conjunto da maternidade do HRJM;
- vontade de participar no estudo.

E como Critérios de exclusão:

- puérperas com transtornos mentais, ou deficits cognitivos;
- puérperas menores de 18 anos;
- puérperas, que foram submetidas a cesarianas;
- mau estado clínico da mãe e do RN após o parto.

2.5. Procedimentos éticos

Os aspetos éticos são um conjunto de regras e valores, que garantem a privacidade e o anonimato das pessoas envolvidas, relativamente as informações adquiridas, durante o estudo. Na perspetiva de Fortin (2009, p.108), “a ética no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é um conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Todo o estudo está de acordo com os aspetos éticos exigidos pela nossa legislação. Optou-se pela entrevista às parturientes internadas no HRJM, onde pediu-se autorização à Direção do referido hospital (**Apêndice II**) para a recolha das informações e apoiou-se, pelo

termo de consentimento, livre e esclarecido (**Apêndice III**) explicando-lhes que haverá total sigilo e respeito pelas partes, necessidade de recurso a técnicas mecânicas de registo, salvaguardaremos o anonimato das pessoas envolvidas perante a instituição e também, foi atribuída a cada participante, um nome fictício (P1; P2; P3; P4; P5; P6; P7 e P8).

Tendo o consentimento de cada uma das participantes, ajustou-se o dia e a hora, para a recolha de informações, de acordo, com a disponibilidade das mesmas e do serviço. Primou-se, para um ambiente tranquilo, sem interferência externa, onde as participantes se sentissem confortáveis, para expressarem com tranquilidade o solicitado. Teve a duração de aproximadamente 30 minutos.

Por fim, as informações recolhidas, foram transcritas e organizadas de modo que, favorecesse uma leitura detalhada e minuciosa e consequentemente, melhor análise do conteúdo dos mesmos.

CAPÍTULO III- FASE EMPÍRICA

3. Análise e interpretação dos resultados

A fase empírica, é a fase de tratamento das informações recolhidas, onde as entrevistas feitas, foram analisadas e interpretadas com coerência e precisão. Ainda, foi feita, uma breve caracterização das entrevistadas, a exposição e apresentação dos resultados obtidos.

Esta, é a fase de maior relevância da pesquisa, uma vez que, os resultados e a conclusão, são apresentados a partir dela, podendo essa conclusão ser parcial, ou final, deixando assim, margem, para posteriores investigações. A entrevista teve como suporte um grupo de oito puérperas no serviço da maternidade do HRJM, que se mostraram interessadas e disponíveis, em participar no estudo e, que se enquadraram nos critérios de inclusão, onde a cada participante, foi atribuída um nome fictício, com o objetivo de garantir o anonimato, e assinaram um termo de consentimento, livre e esclarecido.

As perguntas, foram feitas, mediante um guião de entrevista, composta por 25 questões e, para simplificar a compreensão e análise dos resultados colhidos, achou-se pertinente, ordená-las em 4 categorias sendo que, a segunda e a quarta, estão divididas em subcategorias.

Quadro 4 - Categorias e Subcategorias das entrevistas

Categorias	Subcategorias
Categoria I: O Acolhimento no serviço de Maternidade e a vivência do momento do parto	
Categoria II: Assistência Humanizada de Enfermagem	I- Conhecimento e prática da Assistência Humanizada de enfermagem. II- Procedimentos utilizados, durante a assistência humanizada de enfermagem. III- Importância e as vantagens da assistência humanizada de enfermagem.

Categoria III: Importância do ter um acompanhante, durante o trabalho de parto e parto	
Categoria IV: Satisfação sobre a Assistência Humanizada de Enfermagem recebida no serviço Maternidade HJRM.	I- Apreciação sobre a equipa de enfermagem, durante a assistência humanizada. II- Diferença, entre o parto anterior e o atual.

Fonte: elaboração própria

No quadro abaixo, estão descritos alguns dados, relativamente a caracterização e identificação das entrevistadas (puérperas) tais como: sexo, idade, escolaridade, gestação, paridade, aborto e número (nº) de consultas pré-natal, tendo em conta, o sigilo e anonimato das mesmas.

Quadro 5- Caracterização das entrevistadas

Nome	Idade	Escolaridade	Gestação	Paridade	Aborto	Nº de consultas pré-natal
P1	34	6ª classe	3	3	0	8
P2	19	9º Ano	1	1	0	5
P3	18	10º Ano	1	1	0	9
P4	31	Licenciatura	3	2	1	7
P5	19	12º Ano	1	1	0	8
P6	18	8º Ano	1	1	0	6
P7	37	Licenciatura	3	2	1	9
P8	28	Licenciatura	2	1	1	8

Fonte: elaboração própria

As entrevistadas (puérperas) tinham idade compreendida, entre os 18 aos 37 anos, três das quais, são licenciadas, uma tem o ensino primário e as outras quatro tem o ensino secundário. Também, é de referir, que(P1) tem Gestação (G) 3, Paridade (P) 3 e Aborto (A) 0, enquanto que (P2; P3; P5; P6;) são G1-P1-A0, (P4; P7) são G3-P2-A1 e (P8) tem G2-P1-A1. Em relação ao número de consultas pré-natais (P1; P5 e P8) têm 8 consultas, (P2) tem 5 consultas, (P3 e P7) tem 9 consultas, (P4) tem 7 consultas e (P6) tem 6 consultas. Esta

última (nº de consultas pré-natais) não sendo uma caracterização da mulher, mas acha-se essencial conhecê-la, uma vez que, a humanização da assistência deve começar desde o pré-natal, para que no momento do parto, as mulheres já tenham informações suficientes, para saber, o que as espera, tais como, os procedimentos a serem realizados, solicitar cuidados, que estão dentro dos seus direitos, as alternativas, para alívio da dor, como os métodos não farmacológicos, entre outros.

Não se teve dificuldade em realizar as entrevistas, uma vez que, todas as puérperas, se mostraram disponíveis, desde do primeiro momento e não se opuseram a responder nenhuma das questões.

3.1. Apresentação da análise e interpretação dos resultados

Para fazer análise e interpretação dos resultados obtidos, durante as entrevistas, utilizou-se, o método de análise de conteúdo de Bardin (2009), que segundo a autora é a técnica mais utilizada na metodologia qualitativa, pois permite uma análise detalhada das informações obtidas, durante a investigação.

Bardin (1995, p. 42) conceitua análise de conteúdo, como “conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”.

Categoria I – O Acolhimento no serviço de Maternidade e a vivência no momento do parto.

Na primeira categoria fala-se sobre acolhimento e a vivência no momento do parto. Nessa categoria pretende-se saber, como as gestantes, foram acolhidas e como foram os seus partos, dando ênfase a questão da dor sentida, durante esta fase. Tendo em conta, que o acolhimento, é muito importante em qualquer atendimento, porque é, quando se estabelece a primeira relação com o utente, então é importante que, este momento, seja marcado pela positividade, porque, dela vai-se depender tudo, o que vem a seguir.

Em relação a vivência no momento do parto, é importante, que este, seja agradável e emocionante, mesmo, apesar da dor e do desconforto, que é possível minimizar através de um bom atendimento por parte da enfermagem, uma vez que, a chegada de um filho, é quase sempre, um momento especial.

No que tange, a forma como decorreu o parto apresenta-se os seguintes trechos:

P1- *“Foi bom, tive muita dor, mas depois passou”.*

P2- *“No início achei que não seria capaz de ter o meu bebê porque a dor era insuportável”.*

P3- *“Foi complicado porque na hora do nascimento a dor parou, não sei explicar, mas era uma dor que dava, passava, voltava ...”.*

P4- *“No início a dor era razoável, mas depois a dor começou a aumentar durante a avaliação do batimento do coração do bebê”*

P5- *“Foi tranquilo, a dor era uma dor que dava para aguentar”.*

P6- *“Mais ou menos, a dor era muita e achei que não ia conseguir ter o meu bebê porque acho que tinha muito medo”.*

P7- *“Muito bom, estava tranquila, era uma dor suportável, no início era pouco, mas depois devido a condução aumentou”.*

P8- *“Foi um parto tranquilo, embora suportar a dor não é fácil, mas correu tudo bem”.*

Relativamente, a esta categoria, verificou-se que, a dor apareceu no discurso de todas as entrevistadas, como algo inevitável e inerente ao parto. As puérperas (P1, P5, P7 e P8) disseram, que foi bom ou tranquilo, P3 referiu, que foi complicado, enquanto (P2, P4 e P6) relataram ter sido uma dor muito forte.

A dor, como foi mencionado anteriormente, além dos aspetos fisiológicos, também está ligado aos aspetos psicológicos e culturais e, que apesar do conhecimento científico sobre a sua fisiologia ela manifesta diferentemente de mulheres, para mulheres, como ficou marcada nas respostas das nossas entrevistadas, quando foi referenciada, como “foi bom ou tranquilo” (P1, P5, P7 e P8); “complicado” (P3), “Muita dor” (P2, P4 e P6)” etc.

Também, um outro aspeto, que chamou atenção, foi a dor, mesmo que de intensidade opostas “na hora do nascimento a dor parou (...)” (P3) ou “A dor era muita e achei que não ia conseguir (...)” (P6) estar associada ao medo, mas não, o medo da dor em si, mas o medo de acontecer alguma coisa com o bebe (P6 e P2).

Relativamente ao acolhimento segue-se alguns trechos:

P1- *“Fui bem-recebida pela enfermeira e doutora”.*

P2- *“Fui bem acolhida, a enfermeira sempre me ajudou quando precisei”.*

P3- *“Tive aqui cinco dias antes do parto, fui bem-recebida”.*

P4- *“Fui bem acolhida porque a enfermeira esteve sempre presente”.*

P5 e P6- *“Fui bem acolhida”.*

P7- *“Tive uma boa recepção desde a entrada à saída por todos os profissionais”.*

P8- *“Fui muito bem acolhida pelos profissionais, têm uma equipe muito bem preparada e também acolhedora.*

Pode-se dizer que, as respostas foram unânimes, aquando do bom acolhimento que receberam no hospital, o que permitiu ter uma ideia, de como os profissionais estão preparados, para acolher as utentes, como chegou mesmo a relatar a P8 e também, o bom acolhimento poderá estar relacionado a tranquilidade, que a maioria se referiu sobre o processo do parto (P1, P5, P7 e P8).

Categoria II - Assistência Humanizada da Enfermagem

Na categoria II achou-se essencial subdividi-la em três subcategorias (I; II e III), na qual, a primeira integra, o Conhecimento e a prática da Assistência Humanizada de enfermagem, a segunda, inclui os Procedimentos utilizados, durante a assistência humanizada de enfermagem e a terceira, a Importância e as vantagens da assistência humanizada da enfermagem. Nessa categoria, pretende-se saber tudo, acerca da assistência de enfermagem, prestada durante o TP e P.

Subcategoria I – Conhecimento e prática da Assistência Humanizada da enfermagem.

Nesta primeira subcategoria, pretendeu-se saber a perceção das puérperas, acerca da prática da assistência humanizada da enfermagem, durante o TP e P. A assistência humanizada da enfermagem, durante o TP e P, é uma prática, que tem vindo a ser implementada no HRJM, desde o terceiro trimestre de 2013, com o objetivo, de tornar o hospital uma referência de excelência, em relação aos cuidados durante a gestação e o puerpério. Assim sendo, a assistência humanizada da enfermagem, durante o TP e P, é no caso, um conjunto de condutas e procedimentos de enfermagem, que visam uma assistência personalizada adaptada a cada mulher no momento do TP e P assim como, sua família e as pessoas, que dela são próximas.

Trechos relativamente ao conhecimento da AHE:

P1, P5 e P6 *“Não”.*

P2- *“Já ouvi sim. É uma assistência muito importante, porque sem essa assistência talvez não seria possível dar à luz. É toda a assistência prestada, pela enfermeira”.*

P3- *“Sim, acho bom e é uma boa iniciativa, porque a mulher pode ter alguém, que a ajuda”.*

P4- *“Ultimamente, ouvi falar e já vi cartazes na página do facebook. Para mim, essa assistência, é uma grande ajuda, porque ajuda a contornar a dor e acho, que surgiu efeito em mim”*

P7- *“Já. De uma maneira geral, é deixar ser eu, viver o meu momento, mas com certeza, que o profissional, está lá e está disponível, quando necessitar de ajuda”.*

P8- *“Sim, já ouvi falar. É uma assistência, que consiste, em não utilizar procedimentos invasivos na gestante, durante o trabalho de parto, ajudando-a com técnicas, que a ajuda a suportar a dor”.*

No que diz respeito, à percepção das puérperas, acerca AHE, durante o TP e P, as puérperas P1, P5 e P6, disseram não ter conhecimento acerca desta assistência, enquanto que, P2, P3, P4, P7 e P8 relataram, ter conhecimento acerca disso, e mais do que, conhecer, falaram do quão é importante e algumas até mostraram o sentimento de confiança, que isto transmite, P3, P4, P7 e P8.

O número de mulheres, que não receberam nenhuma informação, ou que desconhecem, as técnicas da AHE, durante o TP e P, foram três (P1, P5 e P6), enquanto, que as restantes, mostraram, que conhecem, e que têm muita informação, sobre isso.

Quase todas as puérperas entrevistadas, exceto P1, disseram “sim”, tiveram orientações, sobre o TP, por parte do profissional, que as acompanharam.

No que tange, ao uso dos MNFs, as respostas vão de encontro, com as respostas anteriores, na qual, todas responderam “sim”, com exceção da P1.

Nesta primeira subcategoria, constatou-se, que a maioria das puérperas, tinham a noção acerca da AHE, durante TP e P e a maioria, foi submetida a ela. Todas elas, receberam informação, acerca do TP e foram informadas, quase na totalidade, acerca dos MNFs.

Ficou patente no estudo, que além, da equipa fornecer as parturientes as informações, acima citadas, foi lhes estimuladas, a usar as técnicas, com a finalidade, de tornar o processo menos doloroso e fazendo com que, ficassem mais relaxadas e colaborativas. Mesmo, as que afirmaram, não ter qualquer conhecimento, como o caso de P1 e P5, durante a entrevista, mostraram o uso de algumas técnicas. Outro aspeto, que merece destaque, é que, apesar de, grande parte das parturientes, dar ênfase a dor, elas acabaram por considerar, como satisfatória o processo, o que poderá estar relacionada as MNFs.

Dessa forma, é possível reconhecer a "atenção" recebida pelas parturientes e que foi considerada como um diferencial na experiência da parturição, dois aspectos fundamentais da humanização: o acolhimento e o vínculo.

Subcategoria II – Procedimentos utilizadas, durante a assistência humanizada de enfermagem, durante o TP e P.

Na segunda subcategoria, pretendeu-se saber, das puérperas, quais os procedimentos utilizados, se foram informadas e, qual o motivo dessa prática.

No HRJM, todas as mulheres, em TP, com indicação, para parto normal, são estimuladas a andar livremente, a subir e a descer escadas, uma vez que, são práticas, que ajudam a mulher a ter uma evolução mais rápida do TP, essa prática, é adotada principalmente, no primeiro estágio do TP. O consumo de líquidos, como (água, gelatina e sumos) são indicadas, para o consumo, durante esta fase, para que a mulher se recarregue a energia, para poder ter força para continuar. Os toques vaginais repetitivos, estão contraindicados, porque, favorecem ao aparecimento das infeções, tanto para a mulher, como para o bebé.

Ainda, em relação aos MNFs, para o alívio da dor, teve-se musicoterapia, que favorece um ambiente calmo e acolhedor; chuveiro com água morna, para oferecer higiene e conforto, diminuir sensação de dor excessiva, medo e ansiedade, acelera o TP; cavalinho, que auxilia na rotação e descida do feto reduz edema de colo; bola de nascimento, que ajuda a mulher na rotação e descida do feto, na dilatação e no controlo da dor; escada de ling, para apoio, durante os agachamentos, ajudando na dilatação; banheira com água quente, para a prática de parto na água; clampeamento tardio do cordão umbilical, para favorecer a criança, todo o volume sanguíneo, que necessita, para ficar forte e saudável; contacto pele a pele, que vincula a ligação mãe-filho, assim como, o alojamento conjunto. Práticas, como depilação da região perineal, manobra de Kristeller, rompimento da bolsa das águas e colocação de soro, durante o TP estão contraindicados, mas por vezes são utilizadas.

No que diz respeito, ao uso dos MNFS de alívio da dor, durante TP e P segue-se alguns trechos:

P1- *“Sim. Técnicas de respiração e relaxamento e não explicaram o motivo”.*

P2- *“Sim. Escada de Ling e Técnicas de respiração e relaxamento e que ajuda no alívio da dor”.*

P3- *“Sim. Escada de Ling e serve para fazer agachamento e ajuda na dilatação”.*

P4- *“Sim. Bola de nascimento, Escada de Ling e Técnicas de respiração e relaxamento e foi-me explicado os motivos”*

P5- *“Sim. Bola de nascimento e Técnicas de respiração e relaxamento e não explicaram o motivo”.*

P6- *“Sim. Bola de nascimento e Escada de Ling e ajuda para a criança nascer mais rápido”.*

P7- *“Sim. Bola de nascimento, Massagem, Escada de Ling e Técnicas de respiração e relaxamento e foi-me explicado os motivos pela enfermeira”*

P8- *“Sim. Banho de chuveiro com água morna, Bola de nascimento, Cavalinho, Escada de ling e Técnicas de respiração e relaxamento”.*

Relativamente, ao uso dos MFFs, todas as puérperas, sem exceção, referem ter utilizado os métodos, onde a escada de ling e técnicas de respiração foram, que tiveram mais aceitação, ou foram, mais oferecidos (P2, P3, P4, P5, P6, P7 e P8) seguido da utilização da bola (P4, P5, P6, P7 e P8) e os menos utilizados foram o banho de chuveiro, que apareceu apenas de utilização pela P8 e massagem somente P7.

De referir que, todas utilizaram mais de um método, porém, o material de recolha de informações, não nos permite precisar, se fizeram o uso combinado em um mesmo momento, ou se foram isolados e em momentos diferentes. Percebe-se, que a técnica do cavalinho, apesar de existir no serviço, foi mencionado apenas por uma parturiente, a P8, o que nos leva a relacionar com a não oferta deste método pela equipa.

Fatores, que poderão ter contribuído, para frequência do uso da bola e da escada de ling, são talvez as técnicas de maior aceitação e consequentemente orientação, pela equipa de profissionais.

Acerca dos motivos da sua utilização, somente P1 e P5 disseram, que não foram informadas, enquanto, que as restantes, disseram, que foram informadas, mostrando alguma associação entre a informação e a frequência das técnicas utilizadas, onde, por exemplo a P1 foi a única, que referiu não ter tido informações e coincidentemente, ou não foi a, que utilizou menos técnicas. Também, das, que afirmaram ter sido informadas, souberam nomear pelo menos um motivo da utilização dos métodos, mostrando assim, um bom nível de fornecimento de informação, prestada pela equipa.

A deambulação, apesar de ser uma técnica, relacionada com a mobilidade da parturiente, todas utilizaram deste método estimuladas, pela equipa, conforme, referiram na entrevista, mostrando que, a equipa ofereceu alguma autonomia as mulheres no seu processo,

que pode ser observado no seguinte depoimento “Deambulei livremente, fiz tudo, o que quis” (P7).

Trechos relativamente a técnica da livre deambulação:

P1- *“Andei livremente, subi e desci escadas, mas deitei às vezes”.*

P2, P4, P5, P6 e P8- *“Fui estimulada a deambular livremente, pela enfermeira”.*

P3- *“Fui indicada, pela enfermeira, a andar, subir e descer escadas”.*

P7- *“Deambulei livremente, fiz tudo, o que quis”.*

Trechos relativamente a oferta de líquidos durante TP:

P1- *“Sim. Sumo, oferecido, pela enfermeira”.*

P2 e P6- *“Sim. Enfermeira.”*

P3- *“Não”.*

P4- *“Não. Tomei líquido, somente em casa”.*

P5- *“Sim. Bebi sozinha, mas com consentimento da enfermeira”.*

P7- *“Sim. Água e gelatina, oferecidos, pela enfermeira e ajudante de serviços gerais”.*

P8- *“Sim. Foi oferecido, pela enfermeira e ajudante de serviços gerais”.*

No que diz respeito, à tomada de líquidos, apenas P3 e P4 referem, não ter tomado, mas todas as restantes sim, e foram oferecidos, pela enfermeira, ou ajudante de serviços gerais, mostrando o reconhecimento da importância do líquido, na hora do parto e de ser um procedimento permitido no serviço.

No que tange, a prática de toques vaginais e o motivo segue-se alguns trechos:

P1- *“Sim. Algumas vezes, mas não me lembro quantos e não explicaram o motivo”.*

P2, P4, P5 e P7- *“Sim. Duas vezes, uma pela doutora e outra pela enfermeira e, para ver a dilatação”.*

P3- *“Sim. Fizeram-me quatro toques, em três dias que estive lá e para ver a dilatação”.*

P6- *“Sim. Três vezes e não explicaram o motivo”.*

P8- *“Sim. Foi realizado pela enfermeira e foi, para ver dilatação”.*

Em relação aos toques vaginais, todas as puérperas, dizem ter sido feito toques vaginais, P1 e P6 referem não terem sido informadas acerca do procedimento, enquanto que as outras, referem ter sido informadas e, que era, para ver a dilatação. P1 refere, que não se lembrava, quantos exames de toque vaginal fizeram-na, P6 disse, que realizaram, três toques e as restantes puérperas referem ter sido feitas dois toques. Relativamente a isso pode-se

dizer que é uma prática invasiva necessária, mas que deve ser limitada, na medida em que quando utilizada repetitivamente e desnecessariamente favorece infecções às gestantes.

No que toca a raspagem de pelos púbicos, apenas P8 refere não ter realizada este procedimento, P1 refere ter sido, durante o internamento e foi sugerido pela enfermeira e doutora e (P2, P3, P4, P5, P6 e P7) referem, ter realizado o procedimento, antes do internamento. Isso nos mostra, que a tricotomia, ainda está presente, mas que, pela maioria ter feito em casa dificultou-nos a análise, se é uma pratica rotineira no hospital, ou se é algo, que está no cultural nas mulheres.

No que diz respeito a técnica da raspagem dos pelos segue-se alguns trechos:

P1- *“Sim. Durante o internamento e pela enfermeira e doutora”*.

P2, P3, P4, P5, P6 e P7- *“Sim. Em casa, antes do internamento”*.

P8- *“Não”*.

Trechos relativamente a prática de amniotomia e o motivo da mesma:

P1 e P2- *“Sim. Não me informaram sobre o procedimento nem porquê”*.

P3, P4, P6 e P8- *“Não”*.

P5- *“Sim. Informaram-me o procedimento, mas não me informaram o motivo”*

P7- *“Sim. Explicaram-me o procedimento e o porquê”*.

Acerca do rompimento da bolsa das águas, se informaram e explicaram o motivo do mesmo, quatro puérperas responderam, que foram rompidas a bolsa das águas e as outras quatro, responderam, que não. P1 e P2 disseram, que não foram informadas do procedimento, nem, o porquê da sua realização, enquanto P5 e P7 referem ter sido informadas e explicadas o motivo do mesmo.

No que tange a colocação de soro e o motivo segue-se alguns trechos:

P1- *“Sim e não explicaram o motivo”*.

P2, P4, P5 e P8- *“Não”*.

P3- *“Não. Só me colocaram soro, depois do parto, porque estava muito tempo sem alimentar”*.

P6 e P7- *“Sim e explicaram o motivo”*.

Em relação a colocação de soro, P1 disse, que foi colocado soro e, que não explicaram o motivo, enquanto, que P6 e P7 referiram terem sido colocado soro e, que explicaram o motivo desse procedimento. Relativamente as puérperas (P2, P3, P4, P5 e P8) não foram submetidas ao procedimento.

As puérperas P3 e P8 revelaram, terem sido submetidas a manobra de Kristeller e foram informadas acerca do procedimento, enquanto, que P5 e P6, também foram submetidas ao procedimento, mas não foram informadas, as restantes puérperas responderam “não”. A manobra de Kristeller é uma prática utilizada nos extremos, quando no momento exato da saída do bebé, a mulher deixa de impulsionar forças para a saída do mesmo, mas sabe-se, que não é um procedimento correto, uma vez que, pode trazer complicações, tanto para o bebé como para a mãe, e é uma prática que está contraindicada pela a OMS.

Trechos relativamente a utilização da manobra de Kristeller:

P3- *“Sim. Informaram-me o motivo, porque, já não tinha dor”.*

P5 e P6- *“Sim e não me explicaram o motivo”.*

P8- *“Sim, fui informada do procedimento e explicaram o motivo”.*

No que diz respeito a posição, que as puérperas tinham pensado em terem os seus bebés, P1 e P4, responderam, que gostariam de ser “a posição de cócoras”, P2 disse, que qualquer posição “desde que fosse normal”, P3, disse, que não tinha pensado, mas que “pode ser deitada”, P7 diz, que gostaria de ter tido “parto na água”, P8 diz, que tinha pensado como, mas não especifica e P5 e P6, disseram, que não tinham pensado nisso.

O estudo veio nos mostrar, que a posição do parto é imposta, mas não temos dados, para afirmar, se a não escolha interferiu no grau de bem-estar da parturiente. Relativamente a escolha da posição do parto, apenas P3 e P7 responderam, “sim”, enquanto as restantes responderam, “não”.

Em relação a prática de colocar o bebé em cima da barriga da mãe, todas as puérperas responderam, “sim e explicaram-me o motivo”, ou seja, foi feito contacto, pele a pele, logo após o nascimento e, que todas foram informadas acerca do procedimento.

Trechos relativamente ao clameamento tardio do cordão umbilical:

P1, P2, P3 P4, P5, P6 e P7- *“Esperaram uns minutos, mas não me explicaram o motivo”.*

P8- *“Minutos depois, sim foi explicado o motivo”.*

Acerca do clameamento tardio do cordão umbilical todas as puérperas responderam, que o clameamento, foi feito alguns minutos depois, mas apenas P8, diz ter sido informada o motivo do procedimento, enquanto, que as outras, referiram não terem sido explicado o motivo.

Sobre a estimulação da amamentação, pelo enfermeiro antes da prestação dos cuidados ao bebê, todas as puérperas responderam, “sim”, no entanto, P3, disse “... só que o bebê recusou amamentar no momento”.

Em relação ao alojamento conjunto, todas responderam, “sim” e constatou-se, que houve alojamento conjunto, durante toda a sua estadia na maternidade. Esses dois aspetos, são procedimentos rotineiros, visto que, são normas fundamentais, para que qualquer hospital seja considerado “amigo da criança” e o hospital, foi credenciado recentemente com o referido título.

Nesta subcategoria, observou-se, que nem todas as puérperas receberam todas as informações necessárias acerca dos procedimentos e o motivo da sua utilização, no entanto, a maioria, mostrou-se conhecimentos, acerca desses procedimentos, e a razão da sua utilização, durante o TP e P e mostraram-se, que estiveram ativas e participativas, durante todo o processo.

Pode-se dizer, que o impato, ocorreu de forma positiva não só em relação as mulheres, que passou a ter um papel ativo e de decisão no processo, um atendimento de maior qualidade com uma equipa multidisciplinar, como também um benefício, para a equipa, visto que, quando se pensou nos procedimentos, houve melhoria na infraestrutura da maternidade e nas condições de trabalho, no atendimento à mulher.

Subcategoria III – Importância e as vantagens da assistência humanizada de enfermagem, durante o TP e P.

Nesta subcategoria, pretendeu-se saber, qual é a Importância e as vantagens, que a AHE, durante o TP e P, trouxe para as puérperas. É de extrema importância ter uma boa AHE, uma vez que, a mulher, se encontra numa fase especial e de fragilidade, onde precisa de uma assistência qualificada, que a apoia, encoraja-a e ajuda-a a ultrapassar esta fase de transição, com força e coragem e, é neste contexto, que o enfermeiro, surge como um pilar de sustentação, para ajudar a mulher, a todo o momento.

As vantagens são muitas, uma vez que, o enfermeiro, está lá, para ajudar incondicionalmente, é uma pessoa preparada, para qualquer situação, é capaz de lhe tirar qualquer duvida, minimizar a sua dor e desconforto, encorajá-la, nos momentos de fraqueza, apoiá-la em qualquer momento, uma vez que, está lá 24 h por dia.

Trechos sobre a importância e as vantagens da AHE:

P1- *“Muito importante”.*

P2- *“É importante porque é diferente se tivesse o bebê em casa. A vantagem é que ter essa assistência é melhor, que, quando não tinha”.*

P3- *“Foi boa, é uma forma de dar à luz mais rápida, porque, assim, tem sempre alguém, para ajudar”.*

P4- *“É importante porque ajuda a aliviar a dor do trabalho de parto e parto. As vantagens é, que ajuda a enfrentar o parto com maior naturalidade, as ginásticas ajudam o bebê a encaixar mais rapidamente e faz bem ao corpo”.*

P5- *“É importante, porque o bebê nasce melhor e sem nenhuma complicação”.*

P6- *“É importante, porque diminui a dor”.*

P7- *“Primeiro traz tranquilidade, quando o bebê nasce, vê a sua criança com outros olhos. Vantagens, porque traz segurança e faz sentir-se parte do processo”.*

P8- *“Foi uma experiência positiva de um parto normal. Não há necessidade de recuperar da anestesia, conforto e recuperação mais rápida, o risco de complicações diminui”.*

Acerca da importância e das vantagens de terem tido uma boa assistência humanizada, durante o TP e P, todas as puérperas referiram ser importante, devido aos procedimentos utilizados, assim como, os métodos de alívio da dor e também se sentem melhor acompanhadas, evitando complicações e proporciona um parto mais rápido e seguro. Verificou-se, que, além do suporte emocional, que referiram, também, deu-se, para perceber, que o momento foi vivenciado de forma menos dolorosa, segura e onde a mulher teve a oportunidade de tomar algumas decisões a respeito do seu parto.

Categoria III- Importância de ter acompanhante, durante o trabalho de parto e parto.

Na terceira categoria, quis saber sobre Importância de ter um acompanhante, durante o TP e P, no serviço de maternidade do HRJM. O acompanhante, é um componente importante da assistência humanizada, uma vez que, a mulher, sai da sua casa do seu conforto, onde está acostumada a estar com os familiares e amigos, para embarcar numa instituição, neste caso, o hospital, num ambiente desconhecido e estranho, cheia de regras e manias.

Costuma-se dizer que, uma mulher, não faz um filho sozinha, mas muitas vezes, após a concepção, a mulher, sente-se sozinha, tanto nas consultas pré-natais, como nas aulas de preparação, para o P e principalmente no momento do P, em que, a mulher, mais do que

nunca, precisa do companheiro e, quando na impossibilidade do mesmo, qualquer pessoa devidamente preparada, desde que, seja a escolha da mulher, serve de acompanhante.

É nesta ótica que, a presença de um acompanhante, faz todo o sentido, uma vez que, deve ser uma pessoa a escolha da mulher, alguém, que ela confia e, que a apoia, para que ela se sinta mais próxima dos seus e consiga estar mais à vontade, mais confiante e preparada, para o momento.

O direito a um acompanhante em alguns países, como o Brasil, é um direito garantido pela “Lei Federal nº11.108 de 07 de abril de 2005” e por ser um componente indispensável, para a humanização dos cuidados, é importante, que cada um de nós contribuamos de uma forma, ou de outra, para a sua conquista, na medida em que, quando bem implementada contribui, para inúmeras vantagens, tanto para a mãe, como para o filho.

Em relação, a presença de um acompanhante, durante o TP, nenhuma referiu ter tido acompanhante, mostrando, que não é uma prática no serviço, ou como referiu P4, que teve informação, que já aconteceu esta pratica, mas, que no momento do seu P, estava suspensa “...posteriormente pode continuar”. O direito ao acompanhante, é uma prática, que funcionou logo do início da implementação da assistência humanizada no HRJM, mas, que foi suspenso temporariamente afim de criar melhores condições para tal.

Relativamente, a importância de ter um acompanhante, durante o TP e P, seis das puérperas, partilharam da mesma ideia ao afirmarem, que sentiriam mais acompanhadas, relaxadas, seguras e tranquilas, enquanto, que as duas restantes tinham outras visões, uma disse, que um acompanhante podia atrapalhar, em vez de ajudar, enquanto a outra temia a reação perante esse acompanhante. Foi concluído, que apesar de nenhuma delas terem tido um acompanhante a maioria acha importante tê-lo, durante esta fase. Assim sendo, segue-se os seguintes trechos:

P1- *“Acho importante, sentia-se mais acompanhada”.*

P2- *“É importante ter um acompanhante, porque ele nos dá força, nos motiva a seguir em frente e nos apoia”.*

P3- *“É complicado, porque por vezes, há uns, que ajudam e outros, que atrapalham”.*

P4- *“Na minha opinião, eu não gostaria de ter um acompanhante, porque não sei como seria o comportamento, durante o trabalho de parto e parto e posteriormente não sei como encarar essa pessoa, dependendo do meu comportamento”.*

P5- *“É importante, porque sentimos mais tranquilas e nos dá mais força”.*

P6- *“Sim, acho que, fico mais relaxada”.*

P7- *“Quando tem uma pessoa da sua confiança, sente-se tranquila, quando é o pai faz parte disso, e sinto, que é importante e acompanha a equipe, durante esse processo. Quando se fala de paternidade responsável, é importante, que o pai faça parte do processo. A sociedade fala muito da paternidade responsável, mas isso, por vezes falha”.*

P8- *“É importante, porque transmite mais segurança e em alguns momentos pode ajudar a gestante”.*

Categoria IV – Satisfação sobre a Assistência Humanizada de Enfermagem recebida no serviço Maternidade HJRM.

A última categoria foi dividida em duas subcategorias, sendo que, a primeira diz respeito a Apreciação sobre a equipa de enfermagem, durante a assistência humanizada e a segunda, a Diferença entre o parto anterior e atual.

Subcategoria I – Apreciação sobre a equipa de enfermagem, durante a assistência humanizada.

Nessa subcategoria, pretendeu-se saber a opinião das puérperas, acerca da postura da equipa de enfermagem, durante o TP e P, e o grau da satisfação, uma vez que, é essencial, que a equipa de enfermagem, tenha uma postura adequada, durante o atendimento e a prestação de cuidados, na medida em que, a relação entre a utente e o enfermeiro, deve ser harmoniosa para que, se estabeleça uma relação de confiança e respeito mútuo.

Relativamente, a satisfação, é necessário, que todas as utentes, nesse caso as puérperas, saiam da maternidade satisfeitas e felizes, levando consigo o seu bebé e, com isso, sejam capazes de reconhecer e divulgar o trabalho, feito nesta instituição.

Trechos sobre a postura da equipa de enfermagem no seu P e pós-parto:

P1- *“Foi bom. Gostei, tiveram um bom comportamento e considero que fui bem acompanhada”.*

P2- *“Foi bom, porque sempre me deu força, falou comigo para continuar”.*

P3- *Foi bom, ajudaram-me muito, ficaram sempre a observar as contrações, ajudaram muito”.*

P4- *“Foi bom, mas achei, que podia ser melhor, devido as expressões utilizadas em determinados momentos, poderiam utilizar expressões sinónimos sem ser tão forte para a pessoa que irá ouvir”.*

P5- *“Foi bom, porque me deu força sempre e me dizia que não era para desistir, encorajou-me até o momento em que tive o meu bebê”.*

P6- *“Foi bom, é assim que deve ser feito”.*

P7- *“Foi muito bom, houve um ambiente de tranquilidade, cantarias, por parte da enfermeira, e na hora da dor até sorri, porque mesmo com aquela dor o ambiente estava descontraído”.*

P8- *“Muito bom a assistência, dada pela enfermeira, a postura da enfermeira, transmite segurança”.*

Quanto a opinião acerca da postura da equipe de enfermagem, durante todo o processo, nota-se, que todas as puérperas, disseram ter sido “Bom” ou “Muito Bom” e justificaram dizendo que (P8) “...transmite segurança”, (P7) “...houve um ambiente de tranquilidade...”, (P5) “... encorajou-me até o momento em que tive o meu bebê”, (P1) “...fui bem acompanhada”, no entanto, uma delas referiu que “...podia ser melhor devido as expressões utilizadas em determinados momentos...” P4.

Trechos relativamente a avaliação da assistência e a satisfação das puérperas:

P1- *“Estou satisfeita, porque gostei do acompanhamento”*

P2- *“A assistência é exemplar, fiquei satisfeita, porque trataram-me bem e após o parto não me senti mais nada”.*

P3- *“A assistência foi boa, fiquei satisfeita, fui bem acompanhada, no momento não tinha mais forças, fui apoiada e o meu bebê nasceu bem e saudável”.*

P4- *“Estou satisfeita, porque me acompanharam, durante o trabalho de parto, parto e até agora, sempre me dão assistência, quando eu precisar”.*

P5- *“Foi boa a assistência, estou satisfeita, porque o parto correu bem e não tive nenhuma complicação”.*

P6- *“Foi boa, estou satisfeita, fui bem tratada”.*

P7- *“De excelência. Muito satisfeita”.*

P8- *“Avaliação muito boa. Estou satisfeita. A assistência prestada ajudou-me bastante, durante o trabalho de parto”.*

Sobre a avaliação da assistência de enfermagem prestada e a satisfação das puérperas, é notável, que todas ficaram satisfeitas, uma vez que, consideram ter sido bem acompanhadas e bem tratadas, o que fez com que, no final, todos recebessem os seus bebês saudáveis e sem nenhuma complicação, mostrando, que há uma participação do enfermeiro, que leva em consideração, não só, o aspecto técnico, mas também, o respeito pela

individualidade e uma proximidade maior com as parturientes, o que influencia a satisfação das utentes em relação ao processo.

Subcategoria II –Diferença entre o parto anterior e atual

Por fim, a última subcategoria, quis saber qual a diferença entre o parto anterior e o atual, com o objetivo de verificar a importância dessa assistência e notar as diferenças sentidas, uma vez que, no parto anterior não existia AHE, durante o TP e P e só é válida, para as puérperas, que tiveram parto antes dessa implementação.

Trechos sobre a diferença entre o parto anterior e o atual:

P1- *“Não lembro, tive parto prematuro anterior”.*

P4- *“Sim, agora tive sessões de fisioterapia, tive oportunidade de conhecer o lugar de parto, ter informações sobre os equipamentos a ser utilizados, durante o trabalho de parto e parto”.*

P7- *“Sim, o parto anterior foi rápido, apesar de, em termos de acolhimento não fui bem-recebida por parte do ficheiro, não recebi o meu bebé, logo no início, só depois de estar vestido e tudo mais. O bebé só se amamentou, quando já estava na cama”.*

Nesta subcategoria, só participaram as puérperas P1, P4 e P7, porque as restantes não tinham tido parto anterior.

Verificou-se que, apesar das gestantes serem poucas, que tiveram e lembraram do parto anterior, notaram-se e sentiram-se a diferença, pela positiva, em relação a assistência atual, onde aspetos, que mereceram destaques na comparação, foram o pré-natal de qualidade, o acolhimento e o incentivo ao aleitamento, logo após o parto.

3.2. Conclusão da análise dos resultados

Discutir o processo de humanização no parto em Ribeira Grande, foi algo marcante e, que poderá oferecer subsídios, para melhoramento do serviço, já que, pode levar a ampliação dos conhecimentos sobre o parto humanizado, como também, reforçar a sensibilização desta matéria, por parte da equipa.

Tendo em conta, toda a investigação da pesquisa, encontrou-se alguns aspetos mais relevantes e, que merecem algum destaque, como por exemplo, ter verificado, que de maneira geral, as puérperas receberam uma boa assistência, pois, apesar de algumas terem num primeiro momento respondido, que não tinham conhecimento da AHE e, que, nem receberam qualquer assistência, ao longo da entrevista deu-se, para perceber alguma contradição nas respostas, o que nos levou a concluir, que houve sim, AHE a todas. Também, que os objetivos propostos pelo estudo, de maneira geral, foram alcançados.

Em relação, ao objetivo geral: analisar a importância da implementação da Assistência Humanizada da enfermagem no trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Morais, verificou-se, que esse objetivo, foi alcançado, uma vez que, todas as puérperas envolvidas no estudo expuseram as suas vivências durante o TP e P na maternidade do HRJM e enfatizaram a importância dessa assistência, mostraram, que é possível notar a diferença, entre o P antes da implementação e o P, depois dessa implementação, assim como, os benefícios, as vantagens e a satisfação das mesmas.

Relativamente, aos objetivos específicos, foram identificadas, durante a análise das a entrevistas feitas.

No que diz respeito, ao primeiro objetivo, que visa: identificar a percepção das puérperas do serviço de maternidade do Hospital Regional João Morais sobre a assistência humanizada, durante o TP e P, observou-se, que, a maioria, das puérperas tinham conhecimento acerca da AHE, durante o TP e P, tinham conhecimento acerca do P, e foram informadas acerca do TP, todas utilizam algum dos métodos de alívio da dor e a maioria sabia o motivo da sua utilização e em relação aos outros procedimentos, que foram submetidas, quase todas sabiam e foram informadas sobre ela e o motivo da sua prática. Neste sentido, podemos dizer, que as puérperas, quase na sua totalidade tinham a percepção acerca da AHE, durante o TP e P e que nos leva a afirmar que o nosso objetivo foi atingido.

No que diz respeito, ao segundo objetivo, que é: verificar a satisfação das puérperas no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes, acerca da assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto, verificou-se, que as puérperas classificaram, como “Bom” e “Muito Bom”, foram bem tratadas e acompanhadas e salientaram, que a equipe de enfermagem teve uma boa postura, durante a prestação da assistência e todas ficaram satisfeitas, com o atendimento prestado. O objetivo também, foi atingido.

No que tange, ao terceiro objetivo, que é: Descrever a importância de ter um acompanhante a sua escolha durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes, nenhuma das puérperas tiveram acompanhante, durante o TP, o que nos incapacitou de saber as suas descrições sobre a experiência, algumas disseram, que não foram informadas, ou se poderiam ter acompanhante, ou não, mas não seria possível, uma vez que, no HRJM neste momento não está disponível este integrante, porque aguarda condições, para tal. No entanto, o nosso objetivo, não ficara em vão, porque elas manifestaram as suas opiniões acerca da importância de ter um acompanhante, durante o TP e P.

Relativamente, ao quarto e último objetivo que é: identificar na perspectiva das parturientes, a importância e as vantagens da assistência humanizada, nas ações da enfermagem, na Sala de Parto da maternidade do Hospital Regional João Moraes, todas as puérperas narraram ter sido importante, uma vez que, facilita o nascimento do bebé, alivia a dor, tranquiliza e enumeraram com vantagens: ter alguém por perto, para ajudar, ajuda a enfrentar o parto com mais naturalidade, menos complicações, mais segurança. As puérperas conseguiram elucidar a importância e as vantagens, o que nos leva a concluir que foi atingido o objetivo.

É de realçar, que a AHE é uma prática que deve ser apoiada e encorajada para a melhoria dos cuidados de saúde prestados, tendo em conta, a revisão das literaturas feitas, observou-se, que a humanização é um processo amplo e complexo, onde deve haver um engajamento de todos os profissionais numa instituição e é de ressaltar que os enfermeiros são importantes atores desse processo, pelo facto de, serem os profissionais, que estão mais próximo dos utentes.

4. Considerações finais

A assistência humanizada, é uma prática que tem vindo a ganhar espaço no campo da saúde, mostrando ser eficiente na prestação dos cuidados, uma vez que, a humanidade precisa de um atendimento personalizado, tendo em conta, que cada pessoa tem a sua essência, é importante, que isso, seja reconhecido e respeitado.

Durante as pesquisas feitas, observou-se que, o Brasil é o país, que tem realizado maiores esforços, para o avanço dessa prática, no entanto, outros países têm abraçado essa causa com o objetivo de prestar uma assistência globalizada a pessoa cuidada e em Cabo Verde, não poderia ficar indiferente, uma vez que, é uma mais-valia, para o país e em particular a nossa instituição.

A Assistência Humanizada da Enfermagem, durante o trabalho de parto e parto constitui uma importante estratégia de desenvolvimento, fazendo com que, seja dada uma atenção especial a mulher e a criança, que com ela carrega.

Após o estudo constatou-se, que as gestantes do HRJM, que foram submetidas ao estudo, quase na totalidade relataram ter conhecimento acerca da AHE e de ter recebido uma atenção humanizada de qualidade, demonstrando satisfeitas com o serviço prestado.

Partindo do estudo, pode-se observar, que os enfermeiros da maternidade do HRJM estão preparados, para lidar com a parturiente de forma holística e humanizada. Recebendo as mulheres com respeito, incentivando-as a exercer a autonomia, resgatando, assim, o papel ativo em todo o processo.

Durante o estudo, teve-se como principais obstáculos e limitações, as bibliografias, dificuldade em encontrar os dados relativamente aos indicadores de saúde de Cabo Verde, tanto a nível nacional, como local, a distância entre nós e a nossa orientadora, mas apesar disso, conseguiu-se seguir em frente com o estudo e chegou-se no final munidos de conhecimentos na área e abrindo portas, para futuras investigações.

Sugestões

- Apostar na formação/ capacitação contínua dos profissionais;
- Manutenção dos equipamentos utilizados na Humanização do TP e P;
- Criar condições para recuperar a presença de um acompanhante da escolha da mulher, durante o TP, P e posteriormente no pós-parto;
- Engajamento/ empenho de todos os profissionais na atenção humanizada.

5. Referências Bibliográficas

1. Andrade, P. de O.N., Da Silva, J.Q.P., Diniz, C.M.M. e Caminha, M. de F.C., (2016), Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco, 1ª edição, 29-37.
2. Bardin, L., (2009), Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
3. Bardin, L., (1995), Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.
4. Bobak, I., Lowdermilk, D., Jensen, M., (1999), Enfermagem na Maternidade, 4ª Edição. Lusociência;
5. Cechin, P.L., (2002), Reflexões sobre o resgate do parto natural na era da tecnologia. Revista Brasileira de Enfermagem. V. 55. N. 4.
6. Ciello, C., Carvalho, C., Kondo, C., Delage, D., Niy, D., Werner, L. e Santos, S.K., (2012), Violência Obstétrica “Parirás com dor”, Brasil.
7. Costa, A.C.R., Gameiro, C.M.R., Andrade, E.A., Silva, L.X.L., Oliveira, M.S.M., Andrade, M.B., Ramalho, R.M.O. e Mondaini, S.G.N., (2015), Humanização do parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos. Recife. Pág. 1-36.
8. Costa, A.A., Silveira, A.M., Campos, I.S., Silva, J.M., Silva, J.G., Spinelli, M.B., Castro, M.F. e Sousa, M.G., (2008), Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal: Pauta de Obstetrícia, 1ª edição, Recife, Editora Universidade de Pernambuco- EDUPE.
9. Cunha, E., (2012), Violência no Parto em Minas Gerais: denúncia à Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa, 1ª edição, Belo Horizonte.
10. Da Silva, L.B., Silva, M.P., Soares, P.C.M. e Ferreira, Q.T.M., (2007), Posições maternas no trabalho de parto e parto, vol. 35, nº 2, Belo Horizonte, Brasil. FEMINA
11. David, E.C. e Xavier, E., (2011), Manual de Referência Técnica sobre Assistência ao Parto, ao Recém-Nascido e Emergências Obstétricas, Maputo, Misau.
12. Dias, M. e Domingues, R., (2005), Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Rev.Ciênc. saúde coletiva, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil, Vol.10 nº 3, 699-705.
13. Fescina, R.H., De Mucio, B., Díaz Rossello, J.L., Martínez, G. e Granzotto, J.A., (2010), Saúde Sexual e Reprodutiva: Guias para a Atenção Continuada da Mulher e

- do Recém-Nascido focalizadas na APS, Montevideu – Uruguai, Publicação Científica CLAP/SMR.
14. Feyer, I.S.S., Silva, J., Koettker, J.G., Calvett, M.de F., Burigo, R.A. e Collaço, V.S., (2009), O Florescer da vida: Parto domiciliar planejado, orientações para gestação, parto e pós-parto. Florianópolis: Lagoa Editora.
 15. Fortin, M.F, (1999), O processo de investigação: Da Concepção á Realização, Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda, Loures -Portugal.
 16. Fortin, M.F., (2009), Fundamentos e etapas do processo de Investigação. Loures, Lusociência.
 17. Fundação Fé e Cooperação (FEC) e Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM), (2016), Formação Para a Vida: Manual de Apoio à Formação Permanente em Saúde Materno-Infantil. Enfermeiros e Parteiras.,2ª edição, Lisboa, FEC e ESESFM.
 18. Gonzalez, A.D., Fernandes, E.dos S., Silva, E.F., Rabelo, M e Souza, S.R., (2012), A Percepção do Acompanhante no Processo do Nascimento. Abr./jun.; vol.17. 2ª edição, Curitiba-PR-Brasil.
 19. Janeiro, P., (2013), Experiências Vivenciadas Pela Mulher em Trabalho de Parto E Nascimento, Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
 20. Kaloko, M. S., (2013), Relatório de Situação sobre a Saúde Materna, Neonatal e Infantil, União Africana. <file:///C:/Users/Francisca%20Alves/Desktop/Relatório-mortalidade-materna.pdf>
 21. Kitzinger, S., (1996), Mães: um estudo antropológico da maternidade. 2ª Edição. Lisboa. Editorial Presença.
 22. Lowdermilk, D.L, Perry, Shannon E., (2008), Enfermagem na Maternidade. 7º Edição. Portugal. Lusodidacta.
 23. Machado, L., (2012), Anatomia e fisiologia dos Órgãos Reprodutores Femininos, Saúde Materno Infanto-Juvenil, Obstetrícia, 1ª edição,1- 4. <http://www.unifra.br/professores/14261/aula%201.pdf> disponível em 09 de fevereiro de 2017 às 19:12.
 24. Mackey, M. M., (2001), Use of water in labor and birth. Clinical Obstetrics and Gynecology, México, v. 44, n. 4, p. 733-749.
 25. Malheiros, P.A., Alves, V.H., Rangel, T.S.A, Vargens, O.M. da C., (2012), Parto e Nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto and Contexto Enfermagem, v.

- 21, n. 2, p. 329- 337. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2> disponível em 22 de fevereiro de 2017 às 18:03.
26. Martins, A. e Barros, G., (2016), Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units, Rev Dor. São Paulo, 2016 jul-set; 3ª edição, 215-218.
[file:///E:/Monografia%20doc/Viol%C3%Aancia Obst%C3%A9trica.pdf](file:///E:/Monografia%20doc/Viol%C3%Aancia%20Obst%C3%A9trica.pdf)
disponível em 12 de março de 2017 às 14:05.
27. McCloskey, J. C. Bulechek, G. M., (2004), Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Editora Artmed. 3ª Ed. Porto Alegre.
28. Meleis, A.I, Sawyer, L.M., Hilfinger, M.D.K., Schumacher, K., (2000), Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. ANS Adv Nurs Sci.;23(1):12-28.
29. Ministério da Saúde, (2014), Cadernos HumanizaSUS -Humanização do parto e do nascimento, Vol. 4, Universidade Estadual do Ceará, Brasília- Ministério da Saúde.
30. Ministério da Saúde, (2001), Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher, 1ª edição, Brasília, Febrasgo, Abenfo.
31. Odent, M., (1994), Birth Reborn. ed. London: Souvenir Press.
32. Organização Mundial da Saúde, (2005), Sobrevivência Neonatal, The Lancet, março, 2005, p.5.
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/lancet_neonatal_survival_series_pr.pdf disponível em 14 de fevereiro de 2017 às 17:33.
33. Organização Mundial da Saúde, (2005), Parto prolongado e Paragem na Progressão do Trabalho de Parto/ Manual para professores de Enfermagem Obstétrica. 2ª Edição, Genebra.
34. Oxorn, H., (1989), Trabalho de Parto, 5ª Edição, Roca, Brasil.
35. Paiva, A.K.A., De Aquino, G.M.L. Costa, G.K.S. De Carvalho, J.B.L. Manoel Reginaldo Rocha De Holanda, M.R.R. e Júnior, R.A. de O.F., (2015), Protocolo de assistência materno infantil do Estado do Rio Grande do Norte, 1ª edição, Natal: EDUFRRN.
36. Pires, D., (2009), A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho, Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn, 5ª edição, pág.739-44.

37. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, (2008), Reformar para uma melhor saúde, vol. II, Praia.
38. Reis, Z.S.N., Pereira, A.C., Correia, R.J.C., Freitas, José A., Cabral, S.A.C.V. e Bernardes, J., (2011), Análise de indicadores da saúde materno-infantil: paralelos entre Portugal e Brasil, Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia. Vol.33(9):234-239. <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n9/a03v33n9.pdf> disponível em 13 de fevereiro de 2017 às 20:50.
39. Relatório ODM Cabo Verde 2015 (Dados referentes ao ano de 2014), (2015), Governo de Cabo Verde, Direção Nacional do Planeamento, Praia.
40. Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio 2015, (2015), Nações Unidas.
41. Rios, I.C., (2003), Humanização na Área da Saúde. Boletim do instituto de saúde n° 30, agosto de 2003. Humanização de saúde. São Paulo
42. Santos I.S, Okazaki, E.L.F.J., (2012), Assistência de enfermagem ao parto humanizado. Rev. Enferm UNISA, 1ª edição, 64-68.
<file:///E:/Material%20para%20Monografia/Assistencia%20de%20enfermagem%20ao%20parto.pdf> disponível em 14 de março de 2017 às 17:42.
43. Seeley, R.R., Stephens, T.D. e Tate, P., (2005). Anatomia & Fisiologia, 6ª edição, Loures. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda.
44. Silva, L.M., De Oliveira, S.M.J.V., Da Silva, F.M.B. e Alvarenga, M.B., (2011), Uso da bola suíça no trabalho de parto, Acta Paul Enferm, 24(5):656-62.
45. Soares, N.de S., Coutinho, R.F.C., Queiroz, R.D., Sousa, S.P.O. e Nétto, O.B.de S., (2010), Observatório Epidemiológico, 20ª edição, Brasil, CEUT.
46. Tanaka, A., (1995), Maternidade: dilemma entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec / Rio de Janeiro: Abrasco.
47. Triviños, A.N.S., (1987), Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas.
48. Souza, M. L., Sartor, V. V. B., Padilha, M. I. C. S. e Prado, M. L., (2005), O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. Pag. 266-70.
49. Veladas, M.M.N.C., (1997), Ajudar na sala de partos: competências reais no momento de interação, 2ª edição, Lisboa, LIDEL.
50. Vilelas, J., (2009), Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento. 1ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

6. Anexos

Anexo I – Aparelho reprodutor feminino e masculino

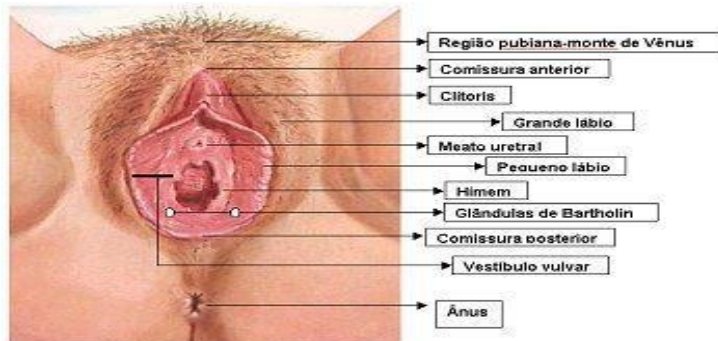
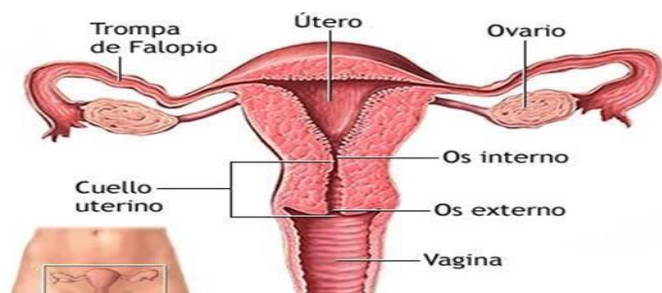
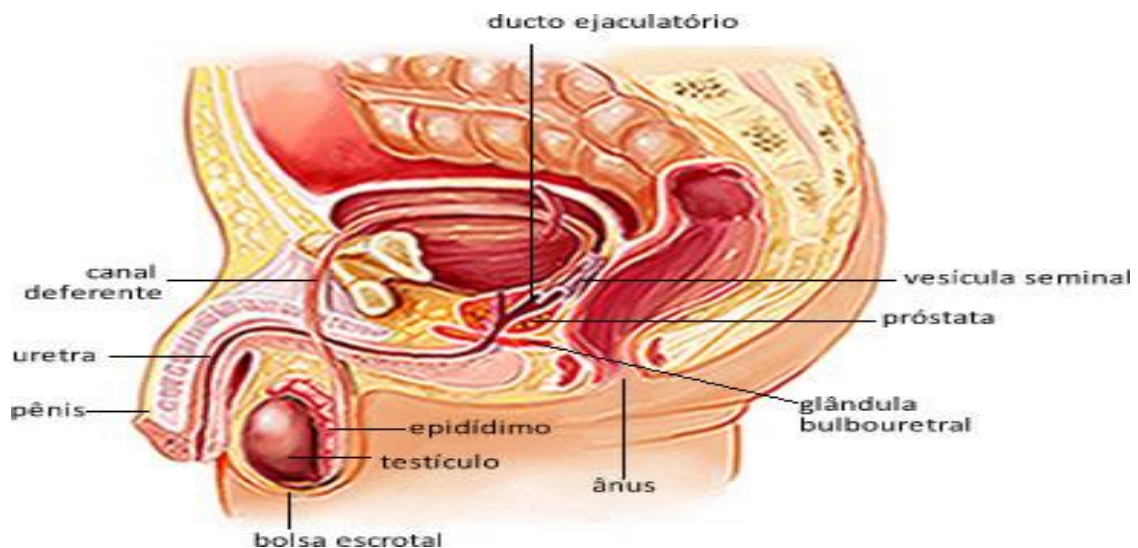


Fig.

Fonte: Machado (2012)



Fonte: Machado(2012)



Fonte:<https://www.google.cv/search?q=anatomia+e+fisiologia+do+aparelho+reprodutor+humano>

Anexo II – Imagens relativamente a humanização do parto no HRJM



Roda de conversas



Acompanhante



Clampeamento tardio do Cordão Umbilical



Cavalinho



Massagem



Bola de Suíça e Escada de Ling



Alojamento conjunto



Toma de líquidos



Não uso de Episiotomia



Parto



Contato Pele a Pele



Amamentação na 1ª hora pós-parto

7. Apêndices

Apêndice I – Guião de entrevista

Guião de Entrevista

Nome da puérpera(Fictício): _____

Idade: ____ anos Escolaridade: _____

Data da entrevista: ____/____/____ Hora da entrevista: ____: ____

Entrevistadora: _____

HISTÓRIA OBSTÉTRICA

Nº de: Gestação ____ Partos ____ Abortos____, se Partos Anteriores, que tipo?

-Normal ____

-Cesariana ____

-Fórceps ____

Nº de consultas de pré-natal _____

DURANTE O TRABALHO DE PARTO (TP)

Na sala do Pré- Parto

- 1- De uma maneira geral, como foi o seu parto? (incentiva-la a falar da dor)
- 2- Como foi acolhida no serviço da maternidade?
- 3- Já alguma vez, ouviu falar da Assistência Humanizada da Enfermagem(AHE) no TP e Parto?
Para si, o que significa essa assistência?
- 4- Já teve o privilégio de receber essa assistência?
- 5- Recebeu alguma informação acerca do TP, pelo profissional?
Sim ____ Não ____
- 6- Teve conhecimento por parte da enfermagem acerca dos Métodos não- farmacológicos, para o alívio da dor, que facilitam o nascimento do bebé?
Sim ____ Não ____
Se sim:
 - a) Utilizou algum destes métodos?
Banho de chuveiro com água morna ____; Bola de nascimento ____; Cavalinho ____;
Massagem ____; Escada de Ling ____; Musicoterapia ____; Técnicas de respiração e relaxamento ____
 - b) Foi-lhe explicado os motivos da sua utilização?

Sim ____ Não ____
se sim, quem foi? _____

7- Qual a importância de ter uma boa assistência humanizada, durante o trabalho de parto e parto? Quais são as vantagens?

8- Foi-lhe permitido um acompanhante a sua escolha, durante o TP?

Sim ____ Não ____

Se sim, quem e como foi a experiência?

Se não, por que razão? _____

9- Para si, qual a importância de ter um acompanhante, durante o trabalho de parto e parto? Porquê?

10- Durante o TP ficou na cama, ou foi estimulada, pelo enfermeiro a deambular livremente? Se ficou na cama, por quê?

11- Foi-lhe oferecido líquidos, durante o TP?

Sim ____ Não ____

Se sim, quem a ofereceu? _____

12- Durante o TP realizaram-lhe exames de toque vaginal?

Sim ____ Não ____

Se sim:

a) Quantos? E quem fez? _____

b) Explicaram-lhe o motivo da realização desse exame?

Sim ____ Não ____

Se sim, qual foi o motivo? **NÃO LER OS MOTIVOS**

Verificar dilatação ____

Verificar a posição do bebé ____

Verificar se o bebé desceu ____

Para romper a bolsa das águas ____

13- Realizou raspagem dos pêlos/ depilação?

Sim ____ Não ____

Se sim, antes, ou depois do internamento? _____

Se foi no internamento, quem sugeriu? _____

14- Durante o TP romperam-lhe a bolsa das águas (Amniotomia)?

Sim ____ Não ____

Se sim:

a) informaram-lhe, sobre o procedimento?

Sim ____ Não ____

b) Informaram-lhe, quanto ao motivo do mesmo?

Sim ____ Não ____

15- Foi-lhe colocado soro, durante o TP?

Sim ____ Não ____

Se sim, explicaram-lhe o motivo?

Sim ____ Não ____

Na sala de parto

16- No momento do parto, alguém subiu na sua barriga, para empurrar o seu bebê (Manobra de Kristeller)?

Sim ____ Não ____

Se sim, foi informado o motivo?

Sim ____ Não ____

17- Tinha pensado, em como gostaria de ter o seu bebê?

Sim ____ Não ____

Se sim, descreve como _____

18- Teve a oportunidade de escolher a posição para ter o seu bebê?

Sim ____ Não ____

19- Após o parto, colocaram-lhe o bebê na sua barriga em contato pele a pele?

Sim ____ Não ____

Se não, explicaram-lhe o motivo?

Sim ____ Não ____

20- Foi cortado o cordão umbilical, logo que, o bebê nasceu, ou poucos minutos depois?

Explicaram-lhe o motivo? _____

21- Antes de ser prestado os primeiros cuidados ao bebê (colocar em ambiente aquecido, pesar, medir, vestir e outros), ele foi estimulado, pelo enfermeiro, a amamentar?

Sim ____ Não ____

Se não, por quê? _____

22- Após o parto, você e o seu bebê, permaneceram sempre juntos, enquanto estiveram na maternidade?

Sim ____ Não ____

Se não, por quê? _____

23- Qual é a sua opinião, quanto a postura da equipe de enfermagem, no seu parto e pós-parto?

Bom _____. Muito bom _____. Razoável _____.

Justifique _____

24- Como avalia a assistência da enfermagem prestada? Está satisfeita? Sim, ou não, porque?

A PERGUNTA A SEGUIR SERVE SÓ PARA PUÉRPERAS COM PARTOS ANTERIORES

25- Notou-se alguma diferença, entre o parto anterior e o atual?

Sim ____ Não ____

Se sim, descreve-a _____

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Apêndice II - carta dirigida a Diretora do HRJM



Exmo. Senhora Diretora do Hospital Regional João Moraes
Dra. Rosa da Graça Lopes

Ribeira Grande, 10 de fevereiro de 2017

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Francisca Julieta da Graça Alves e Jakeline Filomena Lopes d'Almeida Santos, alunas nº 3787 e 3802 respetivamente do Curso do Complemento de Licenciatura em Enfermagem de Santo Antão na Universidade do Mindelo vêm por este meio mui respeitosamente informar a Vossa Excelência que neste momento encontram-se a realizar o trabalho de conclusão de curso sob o tema "*A Assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes*".

O referido trabalho tem como objetivo geral: Analisar a importância da implementação da Assistência Humanizada da enfermagem no trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes e os objetivos específicos de: Identificar a percepção das puérperas do serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes sobre a assistência humanizada durante o trabalho de parto e parto; Verificar a satisfação das puérperas do no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes acerca da assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto; Verificar a importância de ter um acompanhante a sua escolha durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Moraes; Identificar na perspetiva das parturientes a importância e os benefícios da assistência humanizada nas ações da enfermagem na Sala de Parto da maternidade do Hospital Regional João Moraes.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto às puérperas no serviço da maternidade que tiveram parto humanizado e com maior de 18 anos de idade. Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento, Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável.

As requerentes,

Francisca Julieta da Graça Alves

Francisca Julieta da Graça Alves

Jakeline Filomena Lopes d'Almeida Santos

Jakeline Filomena L. d'A. Santos



Apêndice III - Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do Trabalho de Conclusão do Curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo, as alunas, Francisca Julieta da Graça Alves nº 3787 e Jakeline Filomena Lopes D´Almeida Santos nº 3802, pretendem realizar um estudo intitulado “A Assistência humanizada da enfermagem durante o trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João Morais” com o objetivo de analisar a importância da implementação da Assistência Humanizada da enfermagem no trabalho de parto e parto no serviço de maternidade do Hospital Regional João morais.

Neste sentido, gostaríamos de ouvir as suas opiniões, sobre o tema em estudo, pelo que solicitamos a sua participação, para o mesmo.

Informa-se, que a sua participação, na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa, consiste em responder algumas questões, pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia, para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se, ainda, que as respostas serão usadas somente neste estudo. Garante-se, ainda, a confidencialidade dos dados recolhidos e a garantia do anonimato, tanto no decorrer como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito, às vantagens poderão contribuir, para melhorar a Assistência Humanizada da enfermagem, no trabalho de parto e parto, no serviço de maternidade, do Hospital Regional João Morais. Este documento, apenas deverá ser assinado, no caso de todas as suas dúvidas, referentemente à participação, no estudo, já tiveram sido esclarecidas. E caso houver, alguma dúvida e necessita de alguma explicação, não hesite, em perguntar antes, de autorizar a participação, no estudo. A assinatura, do presente documento, representa o seu consentimento, para a participação.

Eu, _____ declaro, que aceito participar, no estudo, por minha livre e espontânea vontade.

Ribeira Grande, _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador